



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

└ Instituto de Ciências da Saúde

CUIDAR O DOENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica

Por Almerinda Maria Rodrigues Furtado Soares

PORTO, Maio de 2011



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

CUIDAR O DOENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem
Médico- Cirúrgica

Por Almerinda Maria Rodrigues Furtado Soares

Sob orientação de Professora Lúcia Rocha

PORTO, Maio de 2011

*Nunca desesperes face às mais sombrias aflições de tua vida, pois das nuvens mais
negras cai água límpida e fecunda."*

Provérbio chinês

RESUMO

O desenvolvimento deste relatório surge no âmbito da unidade curricular Relatório inserido no plano de estudos do 3º curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, para a obtenção do grau de Mestre e a sua consecução servirá também para dar visibilidade ao percurso efectuado nos diferentes módulos de estágio, no Serviço de Urgência do Hospital de São Sebastião, na Unidade de Cuidados Intensivos Cardio-Torácicos do Hospital de São João e na Delegação Regional do Norte do Instituto Nacional de Emergência Médica.

O Relatório, é de extrema importância, pois permite descrever um conjunto de actividades e estratégias efectuadas ao longo do estágio, que visaram dar resposta a necessidades académicas e a objectivos pessoais previamente delineados. Igualmente permite expressar competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados ao doente, família ou grupos a vivenciar processos complexos de doença crítica e falência orgânica passível de risco de vida, resultando na aquisição de novas competências, desenvolvidas numa prática reflexiva baseada numa prática de enfermagem avançada.

A metodologia utilizada para a realização deste documento é descritiva e analítica através da reflexão e descrição das diferentes actividades efectuadas nos estágios.

A estrutura deste trabalho encontra-se dividida em três partes, identificadas por introdução, desenvolvimento do trabalho e conclusão. Na introdução procedo ao enquadramento do relatório e do estágio, os módulos realizados e sua justificação, a escolha e caracterização sumária dos locais de estágio. O desenvolvimento está organizado por objectivos gerais definidos no plano de estudos, objectivos pessoais previamente delineados no projecto de estágio, por áreas de competências no domínio da: prestação de cuidados especializados; da responsabilidade profissional, ética e legal; da gestão da qualidade dos cuidados e recursos e do domínio da formação pessoal e profissional, de forma a sistematizar as aprendizagens através do relato das actividades realizadas, das situações problema identificados, referindo estratégias sugeridas e respectiva implementação para a sua resolução, enunciando as competências adquiridas/ desenvolvidas na área da enfermagem médico-cirúrgica, mais especificamente na assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso em situação crítica. Na conclusão reflecto sobre a concretização dos objectivos propostos, dos resultados obtidos, aprendizagens e reflexões auferidas, que permitiram mudanças de atitudes e comportamentos na prática profissional e pessoal e que se vão reproduzir na capacidade de resposta mais eficaz aos problemas da área da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

ABSTRACT

The development of this report appears under the course of Report, embedded in the master in Nursing with specialization in Medical-Surgical Nursing, in order to obtain the master degree and to show the route taken in the internship's different modules in the Emergency Department of the S. Sebastião's Hospital, in the Cardio Thoracic Intensive Care in the S. João's Hospital and in the North Regional Delegation of the National Institute of Medical Emergency.

This report is extremely important once it describes a series of activities and strategies taken all along the internship, which aim was to answer the institutional necessities and personal objectives previously outlined. It can also express the technical, scientific and relational skills taken in the nursing care to sick people, their family and groups that live with critical illness and organic scarceness processes which may cause life-threatening resulting in the acquisition of new skills, developed in a reflexive practice based on an advanced practical nursing.

The methodology employed in this document is descriptive and analytic, based on reflection and description of the different activities done in the internship.

It is divided in three parts, recognized as introduction, development work and conclusion. In the introduction I developed the overall framework of the report and of the internship, the modules and its explanation, the choice and a brief abstract of the internship places. The development was organized by general objectives defined in the syllabus, and personal objectives outlined in the draft stage, in different skills like: specialized care, professional, ethic and legal responsibility, quality management in care and resources and in the personal and professional formation, in order to systematize the apprenticeship through the report of the activities done, the recognized problem situations, referring strategies and its solutions, expressing the developments in the medical-surgical nursing area, specifically in the adult and elder sick advanced nursing assistance in critical situation. In the conclusion I fall upon the achievement of the proposed targets, of the gotten results, of the obtained apprenticeship and reflections, that allowed attitude's and behavior's change in the professional and personal practice, that are going to be reproduced in a more effective responsiveness to the problems in the Specialization's area in Medical Surgical Nursing.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Católica por me ter proporcionado momentos únicos de aprendizagem e de partilha de conhecimentos.

Às instituições e às pessoas que me acolheram nos diferentes módulos de estágio, pela energia e dedicação dispensadas.

À Professora Lúcia Rocha, pelo acompanhamento, disponibilidade e orientação ao longo deste percurso.

Aos meus colegas de curso e amigos (Aires Moutinho e Cristina Neves), pela cumplicidade, amizade, carinho e compreensão concedidos nos bons e maus momentos.

Aos meus amigos Sandra e Zé Almeida, por acreditarem que eu chegaria ao fim desta etapa, quando eu própria tive dúvidas.

Aos meus pais e irmão pelo amor, carinho, compreensão, educação e apoio incondicional que sempre me facultaram, fazendo de mim a pessoa que sou hoje.

À minha querida filha, por ter compreendido a minha menor disponibilidade para a ajudar e me ter dado força nos momentos fundamentais.

A todos o meu muito obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CVC – Catéter Venoso Central
DGS – Direcção Geral de Saúde
DL – Decreto de Lei
DR – Diário de República
EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica
EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
HSJ – Hospital de São João
HSS – Hospital de São Sebastião
IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
OE – Ordem dos Enfermeiros
PAV – Pneumonia Associada à Ventilação
PCR – Paragem Cardio- Respiratória
SAPE – Sistema de Apoio à Prática da Enfermagem
SBV – Suporte Básico de Vida
SIV – Suporte Imediato de Vida
SU – Serviço de Urgência
UCI – Unidade de Cuidados intensivos
UCICT – Unidade de Cuidados Intensivos Cardio-Torácicos
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VVT – Via Verde de Trauma

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	09
1. DOS OBJECTIVOS E ACTIVIDADES REALIZADAS ÀS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS SUA ANÁLISE E REFLEXÃO	13
1.1 - DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS.....	13
1.2 - DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL ÉTICA E LEGAL	39
1.3 - DOMÍNIO DA GESTÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS E RECURSOS	42
1.4 - DOMÍNIO DA FORMAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL	50
2. CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
ANEXOS	
ANEXO I – Caracterização dos campos de estágio	
A) Serviço de Urgência do Hospital de S. Sebastião	
B) Unidade de Cuidados Intensivos Cardio-Torácicos do H. de S. João	
C) Instituto Nacional de Emergência Médica- Delegação Norte	
ANEXO II – Focos da prática sensíveis aos cuidados de enfermagem na UCICT	
ANEXOIII – Acção de Formação “ Norma da Via Verde de Trauma”	
A) Contextualização teórica do tema	
B) Diapositivos da Formação	
ANEXO IV – Acção de Formação “Sledd uma realidade na UCI”	
A) Contextualização teórica do tema	
B) Plano da sessão	
C) Diapositivos da Formação	
ANEXO V – Acção de Formação ” Emergências Associadas ao Insuficiente renal no Pré - Hospitalar ”	
A) Plano da sessão	
B) Diapositivos da Formação	

0. INTRODUÇÃO

A Enfermagem, como ciência e profissão, tem vindo a criar o seu próprio saber, transformando a tradição da arte na ciência do cuidar. Acompanhando esta evolução surgiu a especialização em várias áreas da enfermagem, na qual os enfermeiros especialistas adquirem novos conhecimentos e novas competências. A Ordem dos Enfermeiros (OE) caracteriza o enfermeiro especialista, como *“o profissional que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente (...) que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”* (OE, 2007: 15).

No mesmo documento, se refere que para a Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) o campo de intervenção é a *“ (...) pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e falência orgânica passível de risco de vida, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida”*. (OE, 2007: 20).

O desenvolvimento deste relatório surge no âmbito da unidade curricular Relatório inserido no plano de estudos do 3º curso de Mestrado em Enfermagem, para a obtenção do grau de Mestre com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC). De acordo com o mesmo plano, a unidade curricular Estágio foi dividido em três Módulos: Módulo I – Serviço de Urgência (SU); Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Módulo III – Opcional. A cada um deles correspondem 180h de contacto e 70h de trabalho individual, perfazendo um total de 750h de trabalho.

O relatório é elaborado de forma a sistematizar as aprendizagens ao longo do estágio através do relato das actividades realizadas, das situações problema identificados, referindo estratégias sugeridas e respectiva implementação para a sua resolução, enunciando as competências adquiridas/ desenvolvidas na área da EMC, mais especificamente na assistência ao doente adulto e idoso com doença grave, especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico.

O estágio foi realizado em serviços e unidades de saúde protocoladas com a Universidade Católica, que ofereceram condições para a realização dos mesmos e simultaneamente orientados por um professor da área, e tutorados por enfermeiros especialistas/peritos com experiência profissional relevante na área da EMC.

O Módulo I foi concretizado no Serviço de Urgência (SU), do Hospital de São Sebastião (HSS), agora designado de Centro Hospitalar de entre Douro e Vouga, entre 19 de Abril e 19 de Junho de 2010. Este hospital foi criado em 1996 entrou em funcionamento a 4 de Janeiro de 1999 e está localizado na cidade de Santa Maria da Feira. O SU deste hospital é um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, sendo o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/ emergência. Cumpre com os requisitos exigidos pela Direcção Geral de Saúde,

sendo uma unidade diferenciada de um hospital distrital, dispondo das valências clínicas e serviços de apoio necessários e estando articulado a um nível superior com a Urgência Polivalente do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

A escolha deste local de estágio, prendeu-se com o facto de o SU ser um dos locais qualificados para assumir a responsabilidade integral do doente urgente e emergente, que vivencia processos de saúde/doença crítica e falência orgânica ou multiorgânica, passível de originar risco de vida. A avaliação destas situações tem por base a tomada de decisão rápida e objectiva, em função de critérios clínicos rigorosos.

O Módulo II foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Cardio-Torácicos (UCICT) do Hospital de S. João (HSJ) - EPE, no período compreendido entre 04 de Outubro a 27 de Novembro 2010. O HSJ é o maior hospital do norte, é um hospital universitário com uma ligação umbilical à Faculdade de Medicina do Porto. Presta assistência directa à população de parte da cidade do Porto e concelhos limítrofes. Actua como centro de referência para os distritos do Porto (com excepção dos concelhos de Baião, Amarante e Marco de Canaveses), Braga e Viana do Castelo. O serviço de Cirurgia Cardio-Torácica, está situado nos pisos 7 e 8 deste hospital, tem uma lotação de 52 camas, sendo que 10 são destinadas à UCI (1 de isolamento), 10 aos cuidados intermédios (1 de isolamento) e 32 ao internamento (4 das quais são berços e 2 estão localizadas em quartos individuais).

A opção por este campo de estágio resultou de uma motivação pessoal de desenvolver competências na prestação de cuidados ao doente crítico, especificamente no âmbito da cirurgia cardio-torácica. Considero a UCI o local mais qualificado para assumir a responsabilidade integral e contínua dos cuidados a doentes críticos, ou potencialmente críticos, com disfunção orgânica. Para tal, o enfermeiro especialista na UCI precisa de pensar de forma crítica, analisar os problemas de saúde, encontrar soluções para os mesmos, assegurando sempre a sua prática dentro dos princípios éticos e deontológicos da profissão. Este enfermeiro avalia, sistematiza e toma decisões sobre a utilização apropriado dos recursos humanos, físicos, materiais e de informação, na prestação de cuidados ao doente dos cuidados intensivos, visando sempre o trabalho com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, o custo-efectividade e a eficácia.

O Módulo III - Opcional na área da Assistência Pré-Hospitalar (PH), foi realizado no período compreendido entre 29 de Novembro de 2010 a 29 de Janeiro de 2011, no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) - Delegação Norte. De entre as várias opções, escolhi a assistência pré-hospitalar (PH), no sentido de compreender a organização e funcionalidade das diferentes equipas de profissionais e dos meios de socorro do INEM envolvidos, nomeadamente o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), a Viatura de Emergência Médica e Reanimação (VMER), as ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Imediato de Vida (SIV) e as respectivas bases hospitalares.

Considero o trabalho no Pré-Hospitalar complexo, intenso e exigente, o enfermeiro desempenha um papel extremamente importante no cuidado à pessoa vítima de doença súbita e/ou acidente. A sua presença é fundamental porque possui competências humanas, técnicas

e científicas, que lhe permite actuar de forma autónoma e interdependente, integrado numa equipa especializada, em situações de emergência.

O enfermeiro ao desenvolver uma análise reflexiva do seu trabalho tem oportunidade de clarificar os pontos fortes e identificar e corrigir dificuldades ou constrangimentos existentes, e esta identificação potencia a mudança de atitude, numa lógica de construção de competências e de desenvolvimento profissional. O relatório pretende descrever as actividades desenvolvidas durante o período de estágio, permitindo a aquisição e desenvolvimento de competências na área da EMC. Assim a metodologia utilizada para a realização deste documento é do tipo descritivo e analítico através da reflexão e exposição das diferentes actividades efectuadas nos estágios, baseada na pesquisa bibliográfica/cibergráfica, que auxiliaram na fundamentação teórica dessas actividades e na construção do presente relatório.

Com este relatório pretendo atingir os seguintes objectivos:

- Descrever as actividades por mim desenvolvidas durante os três módulos de estágio, tendo em conta os objectivos do plano de estudos;
- Descrever as competências adquiridas/desenvolvidas durante o estágio;
- Demonstrar capacidade de reflexão, decisão e pensamento crítico sobre a prática clínica, acções realizadas, identificação e análise de situações problemas propondo soluções devidamente fundamentadas;
- Obter o título de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este trabalho encontra-se dividido em três partes, identificadas por introdução, desenvolvimento do trabalho e conclusão.

Na introdução procedo ao enquadramento do relatório e do estágio, os módulos realizados e sua justificação, a escolha e caracterização sumária dos locais de estágio, assim como os objectivos.

O desenvolvimento está organizado por objectivos gerais definidos no plano de estudos, objectivos pessoais previamente delineados no projecto de estágio, por áreas de competência: no domínio da prestação de cuidados especializados; da responsabilidade profissional, ética e legal; da gestão da qualidade dos cuidados e recursos e do domínio da formação pessoal e profissional, de forma a sistematizar as aprendizagens através do relato das actividades realizadas, das situações problema identificados, referindo estratégias sugeridas e respectiva implementação para a sua resolução, enunciando as competências adquiridas/ desenvolvidas na área da enfermagem médico-cirúrgica, mais especificamente na assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso em situação crítica.

Na conclusão reflecto sobre a concretização dos objectivos propostos, dos resultados obtidos, aprendizagens e reflexões auferidas, que permitiram mudanças de atitudes e comportamentos na prática profissional e pessoal e que se vão reproduzir na capacidade de resposta mais eficaz aos problemas da área da Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

1. DOS OBJECTIVOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS ÀS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS SUA ANÁLISE E REFLEXÃO

A componente de estágio na área de EEMC justifica-se pela necessidade de adquirir competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto/idoso, portador de doença grave. No contexto de trabalho, o enfermeiro, aplica os conhecimentos específicos e desenvolve as suas capacidades profissionais através da incorporação de recursos que permitem a construção das competências e do agir profissional adequado a cada situação.

Ao longo deste estágio executei uma série de actividades conforme delineadas no projecto e, simultaneamente, reflecti sobre as mesmas, permitindo o meu desenvolvimento e aprendizagem. É essa reflexão que passo a efectivar, tendo em conta os objectivos traçados por diferentes domínios: Da prestação de cuidados especializados; da gestão da qualidade de cuidados e recursos; da responsabilidade profissional, ética e legal e da formação pessoal e profissional.

1.1 DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

OBJECTIVO GERAL

Saber aplicar os meus conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de EEMC.

Objectivo Específico

- Conhecer e desenvolver uma adaptação eficaz na dinâmica organizacional e funcional dos serviços/meios.

Actividades desenvolvidas/Competências adquiridas

No contacto com cada um dos campos de estágio, a minha principal preocupação, foi desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente/família a vivenciar processos de saúde/doença crítica e falência orgânica passível de risco de vida, para tal procurei desde logo conhecer as diferentes disposições em termos de espaço físico, as quais reporto para o (Anexo I), e simultaneamente identificar a estrutura organizacional e funcional dos serviços e meios, através de entrevistas informais com a equipa de saúde, bem como, consulta de documentação que me permitiu recolher informações nesse sentido. Alcançar uma adaptação eficaz ao serviço e a toda a sua dinâmica organizacional e funcional é um objectivo que embora tenha sido definido como objectivo específico, agora considero tratar-se de um objectivo mais abrangente, uma vez que uma adaptação eficaz ao serviço, implica a concretização da maioria dos outros objectivos definidos.

O método de organização e planificação de cuidados utilizado no SU é feito para o turno seguinte pelo enfermeiro responsável, este elemento é fundamental na gestão dos cuidados, de recursos humanos e liderança da equipa durante o turno.

Neste serviço, verifiquei que o método de trabalho instituído na triagem, é o método individual, onde só se encontra um enfermeiro, nas restantes valências onde há mais do que um elemento por sala, o método de trabalho adoptado é o trabalho em equipa, que me pareceu ser vantajoso, visto ser o que melhor se adapta a realidade do SU do HSS, permitindo que todos trabalhem em colaboração, se respeitem mutuamente e com sentido de responsabilidade compartilhado. No entanto a responsabilidade não sendo centrada apenas num elemento, tem os seus pontos negativos, uma vez que a globalidade e a relação interpessoal com os doentes/família estão ameaçadas, porque cada elemento da equipa não possui um conhecimento geral do doente e dos seus problemas, condicionando a visão holística dos mesmos.

Na UCICT, a unidade articula-se de forma permanente e eficaz com as restantes valências do serviço, bloco operatório, unidade de cuidados intermédios e enfermaria. É composta por uma equipa multidisciplinar, que tem como principal objectivo, o suporte de funções vitais, possibilitando o tratamento da doença subjacente e posterior reabilitação, tendo sempre presente o espírito de equipa e cooperação.

Em todos os turnos existe um enfermeiro responsável pela coordenação da equipa de enfermagem, a este compete orientar e auxiliar os colegas e resolver os diversos problemas que vão surgindo. Normalmente é um enfermeiro com a especialidade, ou com experiência de muitos anos na unidade, é no fundo um marco de referência para a equipa. É também o responsável pela gestão das principais alterações do funcionamento da unidade. Verifiquei que a este enfermeiro, são também atribuídos doentes, o que de certa forma pode comprometer as suas funções adicionais, nomeadamente nos turnos da tarde, noite e fins-de-semana.

A metodologia de trabalho adoptada é a do método individual, ou seja, mediante o plano de distribuição, que é feita no início de cada turno pelo coordenador da equipa, cada enfermeiro fica responsável por 1 ou 2 doentes. Este rácio está de acordo com a Direcção Geral de Saúde (DGS) (2003:17) que recomenda “ (...) *no mínimo um enfermeiro com treino específico por cada duas camas nas 24 horas*”. Verifiquei que a prestação de cuidados realizada através do método individual prevalece, permitindo-me assumir a responsabilidade global dos cuidados, individualizando esses mesmos cuidados. Este método exigiu-me mais responsabilidade e conhecimento, mais humanização e garantiu a qualidade dos cuidados por mim prestados, criando satisfação para o doente e família. No entanto, foi com agrado que verifiquei que todos os elementos se entre ajudavam, principalmente em situações de emergência e quando o doente é recebido na unidade, após realização de cirurgia, permitindo maior segurança para o doente e profissionais.

No INEM a metodologia de trabalho nos três meios (SBV, SIV e VMER) é fundamentada em protocolos e procedimentos elaborados por especialistas na área da emergência pré-hospitalar, tendo sido validados pelo Ministério da Saúde. Embora as

competências variem, consoante a categoria profissional, as abordagens respeitam as recomendações do Conselho Europeu de Ressuscitação.

No decurso do estágio efectuei a abordagem inicial ao doente crítico com base na nomenclatura ABCDE. Esta nomenclatura é reconhecida internacionalmente para a abordagem primária como critérios de prioridade na emergência médica significando: A – via aérea (com controlo cervical), B – Ventilação, C – Circulação (com controlo de hemorragia), D – Disfunção Neurológica e E – Exposição (a necessária, com controlo de temperatura). Ao aplicar esta metodologia pude identificar, corrigir e estabilizar situações que colocavam a vítima em risco imediato de vida. No seguimento da abordagem anterior efectuei a abordagem secundária, de uma forma pormenorizada pude verificar da cabeça aos pés se alguma lesão tinha passado despercebida.

Apesar de a minha experiência ser apenas no contexto hospitalar, foi relativamente fácil a adaptação ao Pré-Hospitalar, para isso contribuiu o facto de todos os profissionais utilizarem a mesma linguagem, aspecto que se revelou facilitador na abordagem da vítima, tendo sido percepcionado em várias activações onde actuei em conjunto com os vários meios INEM. Assim, ao utilizar a mesma metodologia pude contribuir para a uniformização dos cuidados prestados.

Perante situações novas e complexas, revelei capacidade de reacção, responsabilidade e discernimento como um elemento efectivo das equipas/ meios nas quais estive inserida nos diferentes módulos de estágio, desenvolvendo uma metodologia eficaz na assistência ao doente/ família em situação crítica.

Objectivo Específico

- Integrar equipa multidisciplinar, cooperando e interagindo com a mesma.

Actividades desenvolvidas/ Competências adquiridas

No início de cada estágio deparei-me com uma nova realidade, um novo serviço/meio, uma equipa diferente e uma dinâmica própria. Necessitei de mais ou menos tempo para me adaptar e integrar na equipa, de forma a conseguir desenvolver um bom trabalho, que se mostrou produtivo e promotor da minha satisfação pessoal e profissional.

Posso afirmar que não tive quaisquer dificuldades de adaptação ou integração nas equipas do SU e UCICT, para o que muito contribuiu a atitude da equipa de enfermagem. É uma equipa jovem onde imperam a boa disposição, boa dinâmica de equipa, onde se discutem os cuidados prestados, se demonstram conhecimentos adequados ao contexto e se tem gosto pelo trabalho desenvolvido. As equipas mostraram-se extremamente receptivas, atentas às minhas necessidades, disponíveis para me apoiar. No entanto, não posso deixar de dar evidência ao enfermeiros tutores que me acompanharam, que se mostraram sempre prontos a esclarecer dúvidas, proporcionando-me experiências totalmente novas.

Existem características importantes que um enfermeiro tutor deve reunir, entre as quais destaco: um bom nível de conhecimentos e simultaneamente gosto e capacidade para os partilhar; competências técnicas; atitudes de respeito para com o doente;

capacidade de fomentar o espírito crítico e a procura de respostas devidamente fundamentadas; capacidade para procurar entender as dificuldades do aluno e ajudá-lo a ultrapassá-las; entre outras. Foi com particular satisfação que verifiquei que os tutores que me acompanharam reúnem todas estas características a par de um trato exemplar, o qual me permite sentir como um elemento da equipa. Na minha opinião, num serviço como o SU e UCICT, é um aspecto que se reveste de extrema importância, uma vez que perante as situações graves e instáveis com que muitas vezes nos deparamos, o trabalho em equipa é essencial, a rapidez da intervenção é fulcral e tal só é possível se houver uma equipa dotada de competências necessárias para intervir e, além disso, com boa capacidade de coordenação entre todos os seus membros.

No INEM o primeiro impacto com as equipas foi muito positivo e a forma como fui acolhida fez com que me sentisse à vontade. Estive integrada numa equipa multidisciplinar dinâmica, a qual me permitiu estabelecer relações mais equitativas e próximas. É certo que cada turno, cada meio, era uma equipa diferente mas isso não se fez sentir na minha adaptação e até permitiu conhecer diferentes formas de lidar com as situações, no sentido de aprender e aperfeiçoar a prática da assistência Pré-Hospitalar. A adaptação aos diferentes meios foi gradual, pelas características específicas de cada um: rotinas do serviço, materiais e equipamentos usados e medicação habitual. A saudável interacção estabelecida com toda a equipa facilitou, sem dúvida, todo o processo de integração e aprendizagem, permitindo-me que ao longo de todo o estágio fossem adquiridas/mobilizadas competências na assistência às vítimas de acidente e/ou doença súbita e suas famílias.

Deste modo, considero que de uma forma progressiva consegui estabelecer e manter relações de trabalho construtivas e satisfatórias quer com os enfermeiros quer com restante equipa, demonstrando capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, criando com todos os elementos um espaço de interactividade e formação tendo, no entanto, sempre presente os diferentes papéis e responsabilidades.

Objectivos Específicos

- Assegurar a prestação de cuidados de enfermagem, identificando situações imprevistas e complexas, demonstrando capacidade de mobilização de saberes adquiridos durante o percurso profissional e fundamentados durante a formação na área de especialização em EMC.

Actividades desenvolvidas/ Competências adquiridas

Facilmente se compreende que ser enfermeiro no serviço de urgência, na unidade de cuidados intensivos e na assistência Pré-Hospitalar, requer uma capacidade de lidar com situações cruciais com uma velocidade e precisão mais elevados que noutros serviços. Requer competência na integração de informação, construção de julgamentos e estabelecimento de prioridades.

Várias foram a situação que se me apresentaram durante o estágio, fruto da grande variedade de situações que sucederam ao longo do mesmo, no entanto, vou evidenciar apenas

as situações que me trouxeram subsídios na aquisição/desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais na área da EEMC, focando-me em doentes críticos que tive ao meu cargo nos diferentes módulos de estágio

No decorrer do estágio no SU acompanhei vários doentes vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Enfarte Agudo de Miocárdio (EAM), em que se accionou a via verde de AVC e Coronária. Via Verde (VV), pode entender-se como um plano metódico para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e rápido, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações.

Vivenciei uma situação clínica relacionada com um doente vítima de Enfarte Agudo do Miocárdio, que acompanhei desde a sua triagem como Via Verde coronária, durante o período no SU, e no transporte inter- hospitalar, para unidade especializada. Para melhor documentar a minha experiencia vivida, passo a descrever essa situação. Dia 5/5/10 homem de 39 anos, autónomo, antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial (HTA), dislipidémia, fumador, obeso, nega Diabetes Mellitus tipo 2, sem alergias conhecidas, nega cirurgias ou internamentos prévios, sem Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva (DPCO), sem perdas hemáticas visíveis. Desde Há 2 semanas com dor no ombro direito, com irradiação para o hemitórax esquerdo, com ardência - SIC, em repouso com duração de 30-45 minutos. Hoje cerca das 5h30m teve episódio semelhante, que cedeu cerca de 30-45 minutos. Foi ao Hospital de Valongo e teve alta, com diagnóstico de ansiedade. Iniciou cerca das 13H, novo episódio de dor no ombro direito e hemitórax esquerdo, mais intensa e prolongada, motivo pelo qual recorreu ao SU do HSS. Na admissão às 15H10m, foi triado com dor pré cordial e foi activada a via verde coronária, esta via aplica-se no tratamento de doentes com suspeita de síndrome coronário agudo no SU e tem como objectivo o seu tratamento rápido, pelo que foi rapidamente encaminhado para a Unidade de Decisão Clínica, à chegada apresentava-se com dor, hipertensão arterial, com alterações de electrocardiograma (ECG) (feito até 10 min. após triagem) com supra ST e iniciou de imediato a MONA (**M**orfina 5mg SC; **O**2 a 2L/min; **N**itratos em perfusão-EV; **A**AS 250mg-PO), fez também Clopidrogel 600mg-PO; Heparina 5000 U-EV e Metocloperamida 10 mg-EV.

Foi dada a indicação para transportar o doente para unidade especializada - Serviço de Hemodinâmica do Centro Hospitalar do Porto. Esta escolha foi feita com racionalidade, consciência e competência para que se escolha a alternativa que resulte no objectivo esperado ou mais próximo dele. A tomada de decisão de transporte envolveu a avaliação do risco clínico e do risco da deslocação tornando a situação ainda mais complexa.

O contacto prévio e personalizado por parte do médico responsável com o serviço de destino, para que estejam garantidas as condições de recepção ao doente (inclusive para os casos em que seja necessário isolamento), o envio de todos os registos clínicos e exames complementares considerados fundamentais (notas de transferência ou fotocópias), e a antecipação de intervenções ou terapêuticas que se considerem vir a ser necessárias para o transporte, possíveis atrasos e cancelamentos devem ser notificados, devendo existir um meio

de comunicação bidireccional durante o transporte. Todas estas recomendações foram tidas em conta, o doente foi acompanhado de exames complementares de diagnóstico, o médico responsável pela transferência contactou o serviço de hemodinâmica para onde enviou o doente e confirmou se este podia disponibilizar os meios necessários ao tratamento, os registos clínicos e de enfermagem (notas de transferência), acompanharam o doente.

A equipa que faz o transporte inter-hospitalar (ou secundário) assume na íntegra a responsabilidade pelo mesmo, competindo-lhe garantir todas as condições de segurança e logística. Esta equipa deve ser constituída pela tripulação habitual da ambulância e, pelo menos, por mais dois elementos (um médico e um enfermeiro), ambos com experiência em reanimação, manuseamento e manutenção do equipamento. Este tipo de transporte, está normalmente associado à inexistência de recursos (humanos e técnicos) no hospital de origem, para tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado, no entanto saliento que no SU do HSS existe sempre escalado um enfermeiro e médico para efectuar o transporte, bem como, empresa de ambulâncias, associada ao hospital que garante o mesmo.

Antes de se efectuar o transporte, o doente e/ou o seu representante legal deve ser informado, sendo-lhe explicada a necessidade do transporte, o nome do hospital e do serviço de destino e, quando praticável, é desejável o seu consentimento expresse. Neste sentido, o doente foi informado do facto, sendo explicada a situação, a necessidade de transporte, o nome do hospital de destino, houve também a preocupação da equipa em contactar a família do doente.

No sentido de minimizar riscos, o doente deve ser, previamente, estabilizado no hospital de origem, antecipando as intervenções diagnosticas e terapêuticas que se prevejam necessárias durante o transporte (acessos venosos, drenagens torácicas, entubações endotraqueais). Pude perceber que procedemos à estabilização do doente, assegurando acessos venosos, preparando alguma medicação de emergência, no caso de ser necessária a sua administração durante o transporte. Do equipamento que acompanhou o doente, faz parte de uma do saco de transporte do doente crítico, monitor de sinais vitais, desfibrilhador. O doente foi com monitorização contínua com registo periódico de Electrocardiograma; Oximetria de pulso; Pressão arterial não invasiva; Frequência cardíaca e Frequência respiratória.

O transporte foi rápido e o doente foi entregue à equipa da cardiologia após +/- 1H30min., após a entrada do mesmo no SU do HSS.

Durante o transporte do doente, pude reflectir um pouco sobre as recomendações para transporte de doentes críticos preconizados pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Ordem dos Médicos, podendo constatar que de uma forma geral cumprimos essas recomendações, uma vez que os protocolos já se encontram bem definidos e foram cumpridas todas as fases: Decisão, planeamento e efectivação.

Na UCICT vivenciei uma situação de um homem de 56 anos de idade com o diagnóstico de doença coronária, insuficiência mitral e aórtica, submetido a substituição de válvula mitral e aórtica e revascularização do miocárdio, com 4 bypass. Tinha como

antecedentes pessoais: Ex fumador, obesidade, hipertensão arterial, dislipidémia, factores de elevado risco de doença coronária.

Apresentava a monitorização habitual em contexto de uma UCI, monitorização não invasiva (electrocardiográfica, saturação de oxigénio e temperatura corporal) e invasiva (pressão arterial, pressão venosa central, pressão da artéria pulmonar). Eram monitorizados outros parâmetros através do catéter de Swan-Ganz, que nos traduzia o débito cardíaco, saturação venosa e a temperatura central.

Todos estes dispositivos invasivos são passíveis de gerar infecções/sépsis, com graves consequências em termos de morbilidade/ mortalidade, pelo que a lavagem das mãos, o isolamento da fonte de infecção, o uso de técnica asséptica na manipulação e abordagem destes dispositivos são de extrema relevância e esteve sempre presente quer nos meus procedimentos, bem como na restante equipa, de facto foram inúmeras as vezes em que tive a oportunidade de intervir e observar, nomeadamente aquando da visita dos familiares, instruindo as mesmas para a necessidade da lavagem das mãos, bem como o uso de equipamento de protecção individual (EPI), o qual de maneira geral, era bem acolhido, dando visibilidade dos cuidados de enfermagem efectuados e elevando o nível dos mesmos.

O doente era portador de Pace Maker (PM) externo, no sentido de otimizar a frequência cardíaca e consequente melhoria hemodinâmica. Um Pace Maker, é implantado para ajudar o coração a manter um ritmo regular, o sistema é constituído por um gerador de impulso cardíaco e por um ou dois fios flexíveis e finos (conhecidos como eléctrocatéteres) que ligam o Pace Maker ao coração.

Possuía também, outros equipamentos de suporte da função cardíaca. Inicialmente foi-lhe colocado um balão intra-aórtico, que é um dispositivo que proporciona assistência circulatória mecânica em doentes com função ventricular esquerda comprometida. Faz parte de uma técnica que emprega o princípio da contrapulsção (aumenta o débito cardíaco) e os seus efeitos terapêuticos baseiam-se nos princípios hemodinâmicos do aumento da diástole e da redução da pós carga.

Foi-lhe colocado também um “Biopump”, posteriormente trocado para um “Berlin Heart”, que são dispositivos de assistência ventricular externa, que se destinam ao aumento do débito cardíaco e a diminuir a sobrecarga do coração, ao desviar o sangue do ventrículo para uma bomba artificial que mantém a perfusão sistémica (Rabais, 2010). O sistema é gerido por um computador portátil e destina-se a ser usado como uma ponte para a recuperação ou como uma ponte para um transplante.

Para a compreensão e aquisição de habilidades no manuseamento dos diferentes dispositivos e equipamentos mencionados, destaco o importante papel desempenhado pelo enfermeiro tutor, que procurou de forma sistematizada criar momentos específicos de formação, a par da constante necessidade de pesquisa bibliográfica/ cibergráfica, por mim efectuada.

Os doentes submetidos a cirurgia cardio-torácica, habitualmente vêm do bloco operatório com Ventilação Mecânica (VM), mas em situação normal fazem o desmame muito

precocemente, por vezes no próprio dia ficam em ventilação espontânea. O mesmo não se verificou com o doente acima mencionado, que ficou mais tempo submetido a Ventilação Mecânica, com risco acrescido de Pneumonia Associada ao Ventilador (PAV), pelo que foi minha preocupação manter o doente em decúbito elevado acima de 30º, o que promove a motilidade gástrica e previne o refluxo e a aspiração do conteúdo, proceder sempre à lavagem da boca com solução anti-séptica antes de cada aspiração, manipulação do doente de forma delicada evitando traumatismos, testar frequentemente o cuff do tubo endotraqueal. Depreende-se portanto, a necessidade de uma maior aproximação do enfermeiro de cuidados intensivos ao doente em ventilação mecânica, no que se refere à avaliação criteriosa, visando reconhecer os riscos para o doente durante a execução da técnica de aspiração endotraqueal, proporcionando desta forma um cuidar mais seguro.

Ao reflectir sobre estas práticas, compreendi a importância de prestar cuidados de enfermagem baseados na evidência e do rigor dos procedimentos no doente crítico, pois toda a prática de cuidados da UCICT, é fundamentada nas recomendações do Ministério da Saúde, OMS e demais publicações científicas, no sentido de maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a Pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Este doente apresentava ainda um quadro de Hipertensão Pulmonar com necessidade de ventilação com óxido nítrico. O efeito fisiológico do óxido nítrico inalado no doente ventilado actua como regulador selectivo do tónus da circulação pulmonar. O óxido nítrico é levado apenas até aos alvéolos produzindo uma vasodilatação pulmonar localizada. Esta vasodilatação selectiva pode resultar num aumento do fluxo sanguíneo para os alvéolos bem ventilados, à custa do desvio do fluxo sanguíneo dos alvéolos menos ventilados. Daqui resulta um rácio ventilação / perfusão optimizados, melhorando assim a troca de gases (Ramos, 2003: 2).

Apresentava drenos torácicos (mediastínico, pericárdico e pleural), pelo que tive o cuidado de os verificar constantemente, mantendo a sua permeabilidade, também tive a oportunidade de colaborar com o médico na sua remoção.

Recorrendo a uma prática e a uma observação crítico-reflexiva, foi possível constatar que uma importante parte das necessidades de cuidados de enfermagem decorre de acções interdependentes. Na UCICT, são efectuados registos a todas as horas dos parâmetros vitais do doente, de forma a identificar focos de instabilidade, no sentido de antecipar e prevenir situações de risco. A observação holística do doente e a capacidade de interpretar e conciliar todos os dados que dispunha foi sem dúvida uma das minhas preocupações. Os dados obtidos pela vigilância e monitorização constante são, posteriormente, consumidos por outros profissionais de saúde, maioritariamente, pelos médicos que através dos mesmos podem tomar atitudes.

A Enfermagem, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), enunciado no Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, “ *é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano,*

são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”.

Neste sentido, os cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais. Porém, não se pode partir para a formulação de intervenções enfermagem autónomas sem compreender todo o processo de enfermagem até à definição destas. Assim sendo, o trabalho de formulação de intervenções de enfermagem autónomas no contexto do UCICT do HSJ, iniciou-se pela identificação de três focos da prática que considero serem sensíveis aos cuidados de enfermagem e com maior actuação autónoma por parte dos enfermeiros na UCICT: Úlcera de Pressão, Dor, Processo Familiar, os quais endereço para o (Anexo II). Após essa identificação, procurei validar este meu parecer e fundamentar devidamente os focos enumerados, através da consulta de diversas fontes bibliográficas.

Esta reflexão, revestiu-se de grande importância, uma vez que permitiu dar visibilidade aos cuidados de enfermagem autónomos e pôr à discussão da equipa o assunto, aproveitando momentos como reuniões informais, passagens de turno, em situações concretas e com o meu tutor, o que foi bem acolhido.

As unidades de cuidados intensivos são, por norma, local de iluminação artificial muito intensa e de ruídos permanentes. Segundo Rabiais (2010) a estimulação visual nas unidades é excessiva por causa da iluminação permanente. As luzes podem provocar confusão sensorial, perda de orientação dia/noite, interrupção do sono. Os ciclos de sono são perturbados não só pela iluminação ou outras fontes de estimulação do ambiente, mas também pelas intervenções constantes dos profissionais de saúde. A privação do sono é um problema comum. A mesma autora refere que nas duas últimas décadas, a intensidade da luz nas unidades aumentou de 5 a 10 vezes.

Numa UCI, para além do ruído ser excessivo, o facto de os sons não serem familiares podem ser considerados como uma ameaça. A definição de ruído depende de muitos mais factores do que apenas os níveis de decibéis, a sensibilidade ao ruído varia com a sensibilidade individual de cada um. Rabiais (2010) refere que a poluição sonora é causada, sobretudo, pelo pessoal a falar e a rir, pelo som dos alarmes de todo o equipamento, pelo barulho do rádio/televisão ligado, pelo abrir de portas de forma brusca e pela colocação abusiva de fontes de ruído tais como o telefone. Caracteriza o ambiente das UCI com uma grande actividade durante as 24 horas e por um número elevado de pessoas e equipamento.

Neste âmbito, foi com especial preocupação que promovi o sono/repouso e o equilíbrio sensorial dos doentes na UCICT. As estratégias utilizadas passaram por sensibilizar os pares para a adesão a períodos de silêncio, redução da luminosidade, redução do ruído, tons de conversa adequados, sendo estímulos sensoriais minimizados ao máximo.

Estas atitudes pretenderam melhorar os cuidados durante o internamento e são baseadas na evidência científica. São vários os autores que se têm dedicado a esta temática, dos quais destaco Honkus (2003) que refere que doentes internados em unidades gastam 40 a

50% do tempo total de sono em despertares constantes, ficando apenas 3 a 4% para um sono perfeitamente reparador. Também Tamburri (2004), num estudo referente a esta temática diz que se verificam taxas de 22% de privação do sono para doentes internados em enfermarias e de 61% em doentes em UCI's. O mesmo autor afirma que o sono é mais pobre a nível hospitalar, comparativamente com o sono de casa e as perturbações de sono são mais stressantes.

A respeito do ruído, Lampreia e Santos (2005), afirma que este, é o factor mais perturbador do sono e os alarmes dos equipamentos são a principal fonte de ruído, seguindo-se as conversas dos profissionais de saúde.

Tendo como base os enunciados de posição relativos às atribuições do enfermeiro no Pré-Hospitalar definidos pela OE (2007:2), no decorrer da prática, tive oportunidade de colaborar/prestar cuidados de enfermagem ao doente vítima de acidente e/ou doença súbita, no local da ocorrência e durante o seu transporte até à unidade de referência, garantindo o seu acompanhamento e vigilância, no sentido de manter e recuperar as funções vitais a doentes com variadas patologias e, simultaneamente, com variados índices de gravidade. Convém referir que a prestação de cuidados foi efectuada com o máximo de exigência qualitativa, cumprindo os protocolos/procedimentos pré-estabelecidos. Nos meios SIV, protocolos são definidos como *"...um conjunto de acções que podem ser realizadas imediatamente pelos elementos das equipas SIV, bem como a discriminação das situações que obrigam a contacto directo com o Médico Responsável, para validação online prévia"* (INEM, 2007:5).

No INEM, destaco uma situação em que a equipa foi activada para uma Paragem Cardio-Respiratória (PCR) de masculino de 46 anos. À nossa chegada, vítima já em rigidez cadavérica, tendo a equipa verificado que, no WC, um copo continha vários comprimidos de "Sedoxil" e um garrafão de aguardente, sugerindo suicídio, aparentemente na sequência de uma grave depressão, segundo apuramos junto de um familiar, no local.

O suicídio constitui um flagelo da nossa sociedade contemporânea, este é entendido como o acto de pôr um fim à própria vida, a exemplo do que preconiza Durkheim (2003:15), que define esse fenómeno como *"todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo praticado pela própria vítima, acto que a vítima sabia dever produzir esse resultado"*.

A necessidade de perceber melhor o porquê da pessoa cometer o Suicídio, a par de uma inquietação que surgiu ao longo do estágio sobre se os profissionais que actuam no Pré-Hospitalar, estão preparados para lidar com esta situação, apoiada na minha vivência profissional e académica e baseada na pesquisa bibliográfica/cibergráfica, motivou-me uma melhor compreensão desta temática.

A taxa mundial de suicídio, segundo dados da OMS (2000), é estimada em torno de 16 por 100 mil habitantes com variações conforme sexo, idade e país. Estima-se que as tentativas de suicídio sejam 20 vezes mais frequentes do que os suicídios consumados. Os homens cometem mais suicídio, e as mulheres fazem mais tentativas. Observou-se um

aumento de 60% nos índices de suicídio nas últimas cinco décadas, considerando-se os dados do mundo inteiro. A morte por suicídio passou a ocupar a terceira posição entre as causas mais frequentes de falecimento na população de 15 a 44 anos de idade em alguns países. Contudo, na maioria dos casos, a pessoa escolheria outra forma de solucionar os problemas se não se encontrasse numa tal angústia que a impossibilita de considerar outras opções para além do suicídio. O suicídio, não é uma solução escolhida de entre um vasto leque de alternativas, pelo contrário, ele acontece quando a pessoa já não consegue encontrar outras formas para lidar com o seu sofrimento. De facto, a maioria das pessoas que tentam ou cometem o suicídio não querem realmente morrer, apenas querem acabar com a dor que sentem. A tentativa de suicídio apresenta-se como um pedido de ajuda que nunca deve ser ignorado.

Segundo Corrêa e Barrero (2006), a relação entre suicídio e depressão é estreita, a ponto de aquele ser ainda hoje considerado por muitos um sintoma ou uma consequência exclusiva deste. De facto, a importância da associação entre um e outro é um dos dados mais conhecidos e replicados na literatura psiquiátrica. Além disso, o comportamento suicida é frequentemente considerado um dos sintomas característicos, senão específico da depressão.

De acordo com Vega-Piñero et al. (2002) cerca de 15% dos depressivos falecem por suicídio, havendo maior risco quando esses indivíduos desenvolvem também sintomas psicóticos, especialmente se estes são atípicos ou incongruentes com o estado de ânimo.

Segundo Ballone (2003), os sintomas depressivos mais associados ao suicídio dizem respeito ao severo prejuízo da auto-estima, aos sentimentos de desesperança e à incapacidade de enfrentar e resolver problemas.

Assim como a depressão, o suicídio tem sido considerado um grave problema de saúde pública, uma vez que representa uma questão que se agrava a cada dia, traduzindo-se em índices extremamente significativos. O comportamento suicida é classificado, com frequência, em três categorias: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. Assim, num dos extremos, tem-se a ideação suicida (pensamentos, ideias, planeamento e desejo de se matar) e, no outro, o suicídio consumado, com a tentativa de suicídio entre eles (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005).

Muitas vezes ouve-se falar de tentativas de suicídio que, à primeira vista, parecem desadequadas e exageradas, atendendo à eventual causa apontada. No entanto, como futura enfermeira especialista devo valorizar o sofrimento das pessoas sem emitir juízos de valor, é importante levar a pessoa a sério, mantendo a calma e essencialmente uma escuta activa, saber se a pessoa possui planos específicos e qual o método de suicídio que está a ser considerado, devo pedir à pessoa que garanta que quando sentir vontade de se magoar não vai cometer suicídio, mas antes procurar ajuda, encaminhando-a para ajuda diferenciada (p.e. Psicólogo). Considerando que o suicídio é um acto tendencialmente impulsivo e que corresponde a um período em que a pessoa está mais confusa e fragilizada, é importante não a deixar sozinha e caso não exista essa possibilidade, devo ponderar a hipótese de internamento, que poderá ser contextualizada à pessoa, não como se algo de profundamente

errado se estivesse a passar com ela, mas simplesmente como um modo de se proteger dela própria, enquanto a ideação suicida estiver activa. Não devo menosprezar o papel que certas crenças religiosas ou morais podem ter no desenrolar da situação. Certas pessoas podem ver nestas dimensões a última barreira a ultrapassar para cometer suicídio. Importa lembrar também que há sempre uma linha telefónica ou Número Nacional de Socorro 112, que funciona 24 horas por dia com pessoal habilitado na prevenção do suicídio que poderá ajudar.

Na actualidade, os fenómenos da depressão e do suicídio encontram-se cada vez mais presentes em todos os espaços sociais, rompendo barreiras de idade, sexo, classe socioeconómica ou cultural, sendo ambos considerados sérios problemas de saúde pública. O transtorno depressivo ocasiona um sofrimento psíquico que interfere, significativamente, na diminuição da qualidade de vida, da produtividade e da capacitação social do indivíduo.

Uma das actividades planeada no meu projecto de estágio prendia-se com apreciação global do doente crítico com recurso a instrumentos de avaliação nomeadamente-escalas. Em todas as saídas efectuadas, quer em meios SIV ou VMER, recorri a essas escalas. Nos documentos usados nestes meios, constam a Escala de Coma de Glasgow (ECG), que é uma escala neurológica cujo objectivo é registar o nível de consciência do doente. Outra escala usada foi a escala numérica da dor, que é uma escala graduada de zero a dez, na qual zero significa “ausência de dor” e dez “a pior dor imaginável”, é pedido ao doente com dor que atribua um valor de 0 a 10 à dor que está a sentir. Davis & Walsh (2004) citados por Fontes & Jaques (2007) referem que o uso sistemático de um instrumento de avaliação da intensidade da dor e o seu registo promove a consciência no profissional de saúde que presta cuidados ao cliente com dor, além de contribuir para o aperfeiçoamento da prestação de cuidados de enfermagem.

Fazer a gestão da dor, foi minha intenção ao longo do estágio, no sentido de intervir na sua prevenção e tratamento. Acerca do foco da prática de enfermagem “dor”, há que realçar essencialmente que todas as pessoas têm direito ao adequado controlo da dor, pelo este deve ser encarado como uma prioridade, onde frequentemente a pessoa com dor, sobretudo aguda, apela à ajuda dos profissionais de saúde. Desta forma, segundo a OE (2008), sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro, de modo autónomo e interdependente, tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa.

No decorrer da prática dos cuidados, foi minha preocupação constante a avaliação da dor e seu devido registo, tal qual avaliei e registei restantes sinais vitais. Dada a sua importância e possíveis consequências da sua vivência, objectivando a melhoria da qualidade da assistência ao cliente com dor, em 2002, a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor denominaram a dor como o quinto sinal vital (Fontes & Jaques, 2007). Portugal equiparou a dor a quinto sinal vital em 2003, sendo o primeiro país da União Europeia a fazê-lo (OE, 2008).

A este respeito a DGS, no uso das suas competências instituiu, a dor como o 5º Sinal Vital e afirmou que *“A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos outros sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.”* (DGS, 2003:1).

Perante o que explicitiei até ao momento, é essencial ter em mente que todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa. A negação ou a desvalorização da dor do outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional (OE, 2008). De acordo com a mesma entidade, no âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro deve ter como foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o auto-cuidado. Assim sendo, é da competência do enfermeiro a identificação e avaliação da dor, a colaboração com a equipa multidisciplinar, a programação e a implementação da terapêutica farmacológica prescrita, a prescrição e implementação de medidas não farmacológicas, a educação do doente e da família e a avaliação e monitorização da resposta às terapias implementadas (Fontes & Jaques, 2007).

As intervenções autónomas de enfermagem face ao foco “dor” pertencem ao domínio não farmacológico. As intervenções não-farmacológicas para o controlo da dor compreendem um conjunto de medidas de ordem educacional, física, emocional, comportamental e espiritual, sendo na sua maioria de baixo custo e de fácil aplicação e muitas delas podem ser ensinadas aos doentes e seus cuidadores, estimulando o autocuidado (Fontes & Jaques, 2007). Assim, muitas vezes, apercebi-me que estas são realizadas pelo enfermeiro de uma forma instintiva, talvez porque estão de uma certa forma inerentes à essência da enfermagem, o cuidar.

Quanto à implementação de intervenções autónomas de enfermagem para o controlo da dor, propriamente dito, foram muitas vezes colocadas em prática nos diferentes serviços (SU; UCICT e INEM), nomeadamente através de: “Avisar o doente sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para o agravamento da dor, as mudanças no seu padrão, novas fontes e tipos de dor e efeitos colaterais da terapêutica analgésica”, “Prevenir a dor decorrente de intervenções de enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos”, “Promover o conforto e o repouso”, “Estabelecer uma relação de ajuda com o doente”, “Facilitar a expressão de sentimentos sobre a dor pelo doente” e “Facilitar a presença de acompanhante, sempre que possível, se o doente o desejar”.

Não posso terminar esta reflexão, sem antes fazer referência a Dane Cicely Saunders, citada por Pessini (2003:10), fundadora do moderno Hospice, que criou a expressão “dor total” que inclui, além da dor física, a dor mental, social e espiritual. Segundo ela, deixar de considerar esta apreciação mais abrangente da dor é uma das principais razões dos doentes não receberem adequado alívio dos sintomas dolorosos. A dor física é a mais óbvia e a maior causadora de sofrimento, é a que impede o funcionamento físico e a interação social, a dor psíquica surge ao enfrentar a inevitabilidade da morte, a dor social é a dor do isolamento

criado, quando o morrer cria a ideia de solidão e a dor espiritual surge da perda de significado, sentido e esperança no viver.

Nos diferentes módulos de estágio, ao consultar a documentação de enfermagem relativa ao doente com dor, verifiquei que este tipo de intervenções muito raramente é registado, o que reduz ainda mais a sua visibilidade e impossibilita a avaliação do impacto destas intervenções no controlo da dor do doente. Porém, a minha experiência pessoal, confirma-me que este tipo de intervenções é muito valorizado pela pessoa com dor e pode ter um impacto muito positivo no controlo da dor, dando à mesma uma maior esperança e contribuindo para amenizar o sofrimento pela dor causado.

Identificar fontes de stress físico e psicológico que os enfermeiros estão sujeitos no cuidado às vítimas de doença súbita e/ou acidente, foi meu propósito na passagem pelo INEM. Neste âmbito, abordei várias vezes as diferentes equipas a propósito do stress constante a que estes estão sujeitos e achei interessante efectuar uma pesquisa bibliográfica no sentido de perceber melhor a temática.

O conceito de stress tem sido alvo de um processo evolutivo complexo e multidimensional em que diversos investigadores, no domínio da sua especialidade, têm procurado compreender de forma mais profunda os fenómenos intrínsecos a este conceito (Amaro, 2008: 64).

O stress, é um tema que tem vindo a ser valorizado e está fortemente associado ao trabalho, no entanto, as profissões relacionadas com a saúde foram durante alguns anos esquecidas ou desvalorizadas relativamente à problemática do stress, muito devido a estereótipos existentes na altura, em que os profissionais de saúde por serem o grupo profissional cuja competência seria tratar/curar as diferentes patologias, estariam por si só imunes a esta problemática. Todavia, a realidade actual da investigação científica revela-nos que os profissionais de saúde em geral, e os profissionais emergência médica pré-hospitalar em particular, são um grupo privilegiado no que diz respeito à investigação científica relativa ao stress e factores associados.

A difícil realidade vivida pelos profissionais nessa área faz com que se trate de indivíduos sujeitos a níveis de stress mais elevados face a outros grupos profissionais na área da saúde. No decorrer do estágio, percepcionei e vivenciei que as equipas que trabalham no Pré-Hospitalar, actuam sob permanente pressão, tendo de lidar com uma multiplicidade de responsabilidades, como a necessidade de prestar socorro imediato às vítimas em situações adversas e frequentes tomadas de decisão que envolvem a vida ou a morte. Adicionalmente, o elevado esforço físico e emocional a que estão sujeitos, a falta de reconhecimento profissional e o facto de terem de lidar frequentemente com a morte e o sofrimento são alguns dos factores que contribuem para o nível de stress mais elevado neste grupo. Em contrapartida, o facto de ser necessário trabalhar em equipa fornece algum tipo de suporte emocional entre os membros das equipas.

No que respeita aos enfermeiros, percepcionei que estes lidam diariamente com situações altamente stressantes e a ritmos de trabalho superiores ao normal. Diariamente são solicitados para situações completamente desconhecidas, que variam desde simples quedas sem repercussões a acidentes com múltiplas vítimas, saídas envolvendo crianças nas mais variadas vertentes, vítimas politraumatizadas graves e catástrofes, entre outros. Por mais que os enfermeiros tentem lidar de maneira positiva, dando um significado às experiências, lidam com situações traumáticas e que inevitavelmente vão ter impacto nos seus comportamentos.

As consequências da exposição ocupacional dos profissionais ao stress ainda são muito desconhecidas, mas uma das principais preocupações é o stress pós-traumático (SPT). Existem evidências que sugerem que o desenvolvimento de stress pós-traumático está relacionado com um alto risco de abuso de álcool e outras drogas.

Um estudo efectuado nos EUA demonstrou que a exposição a eventos traumáticos pelos “socorristas” estava entre 80% e 100% e as taxas de stress pós-traumático mais de 20%. O consumo de álcool e uso de drogas entre os profissionais da emergência médica PH foram relatados aproximadamente de 40%. (Donnelly et al, 2009). Neste contexto, já começam a ser desenvolvidos vários estudos acerca do stress pós-traumático na área de emergência médica Pré-Hospitalar, apesar de em Portugal ainda ser uma área pouco explorada. Em Portugal, foram realizadas recentemente duas investigações que tentaram quantificar o stress pós-traumático nos diversos trabalhadores em emergência médica. O primeiro, realizado em 2004, mostrou que a taxa de ocorrência de stress pós-traumático na totalidade dos bombeiros voluntários era de 3,9%. No entanto, um grande número de indivíduos admitia já ter passado por situações traumáticas que tiveram repercussões nas suas vidas, mas não recorreram a nenhum profissional de saúde (Fernandes & Pinheiro, 2004).

Foi realizada, um outro tipo de investigação em Portugal, que tentou avaliar a vulnerabilidade geral dos profissionais de emergência médica ao stress, e não a existência de sintomas de stress pós-traumático. Concluiu que, a maioria dos profissionais não apresentavam vulnerabilidade ao stress mas, dentro dos que apresentavam, os Técnicos de Ambulância e Emergência, seriam os que tinham valores mais altos sendo os enfermeiros os que apresentaram valores percentuais mais baixos. Constataram que, as principais repercussões físicas do stress são as cefaleias, lombalgias e cervicalgias, enquanto a nível psicológico as alterações do sono, em particular insónias, e a exaustão foram os sintomas de destaque (Carmo, 2010).

Embora a perturbação stress pós-traumático não seja nova, o seu conceito e as possíveis variáveis associadas no contexto da emergência médica é recente, e necessita de aprofundamento. Pois, na verdade, estes profissionais estão susceptíveis a efeitos traumáticos posteriores, como resultado do seu envolvimento secundário em situações traumáticas (Dália et al., 2007).

A partir dos vários estudos realizados podemos explicar a elevada presença de stress pós-traumático nestes grupos, tanto em Portugal como noutros países, pelo facto da maioria dos profissionais não recorrerem a ajuda especializada quando se sentem afectados pelo

stress com que lidam diariamente. Em vários países, foi estimado que dois terços dos profissionais de saúde teriam repercussões nas actividades da vida diária pelo facto de lidarem diariamente com situações de grande stress. Nesse sentido, é necessário investir mais na criação de estruturas de aconselhamento e apoio nas entidades relacionadas com a emergência médica, pois a prestação de cuidados de saúde à população depende do bem-estar físico e psicológico destes profissionais (Carmo, 2010).

A necessidade de dar apoio psicológico a estes profissionais, no sentido de atenuar os sintomas de stress decorrentes da exposição a eventos de carácter traumático, bem como o perfil global da sua profissão em si stressante, deveria ser algo a melhorar. O INEM já dispõe de uma divisão de apoio psicológico, tanto para a população em geral como para os seus profissionais.

No decurso dos cuidados, por vezes, foram identificadas situações inesperadas e difíceis, situações de compromisso da via aérea e ventilação, cardiovascular, renal e neurológica, em que foi necessário fazer a gestão de cuidados na minha área de especialização, assegurando a disponibilidade de recursos, para garantir a prestação de cuidados com um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, identificando e priorizando os focos de instabilidade mais sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Por tudo o que foi descrito anteriormente, em situações críticas fui capaz de responder de forma adequada demonstrando capacidade de reagir perante situações imprevisíveis e complexas no âmbito da área da EEMC.

Objectivo Específico

- Compreender as diferentes formas de documentação dos cuidados de enfermagem.

Actividades desenvolvidas/ Competências adquiridas

A gestão dos cuidados ao doente crítico requer, tal como em qualquer outro contexto, o estabelecimento de uma colheita de dados, a identificação de problemas reais e potenciais, a fixação de prioridades, a definição de critérios para os resultados, a execução das intervenções planeadas e a alteração de intervenções e planos futuros com base na avaliação dos resultados correntes. No entanto, essa gestão difere da de outros doentes, na medida em que, os dados estão em constante mudança; há um maior número de problemas complexos relacionados entre si; existe a necessidade de uma frequente reorganização de prioridades; há uma maior variedade de equipamentos e métodos para a avaliação das alterações na situação clínica do doente; e existem ainda diversas limitações de tempo, impostas pelo estado do cliente, em constante mudança. (Phipps, Sands e Marek, 2003).

A elaboração de registos está explícita, no Decreto-Lei n.º 247 de 22 de Setembro (2009: 6759) que é função do enfermeiro “*Identificar, planear e avaliar os cuidados de enfermagem e efectuar os respectivos registos (...)*”. Os registos de enfermagem, devem ser pertinentes, conscientes e cuidadosos de modo a garantir a continuidade de cuidados. O enfermeiro, por força da delegação de funções, é designado a registar todo o tipo de vigilância, medicação administrada, tratamentos efectuados, em função das prescrições médicas, ou seja,

registos das intervenções interdependentes. No entanto, os registos de enfermagem também devem contemplar as intervenções autónomas como sejam ensinamentos efectuados ao doente/família, no que respeita à promoção do auto-cuidado, adesão ao regime terapêutico, entre outros.

Recorrendo a uma prática e a uma observação crítico-reflexiva, foi possível constatar que a equipa do SU omite os registos das intervenções autónomas dando destaque aos registos das intervenções prescritas. Os registos são feitos em suporte de papel, na folha impressa aquando da triagem, num local da folha destinado à enfermagem e com espaço muito reduzido, esta situação suscitou-me inquietação e sugeri a reutilização de uma folha de enfermagem já existente, onde se pudessem fazer registos mais rigorosos e completos, que permitissem para além de promover a legalidade das intervenções de enfermagem, promover a continuidade dos cuidados. A sugestão foi aceite pela enfermeira tutora e pela enfermeira chefe, pelo menos enquanto o programa informático criado pela própria instituição (Medtrix) não é reimplantado, uma vez que foi abolido temporariamente, por se verificarem inconsistências no sistema, inclusive incompatibilidades com outros serviços nomeadamente com o laboratório.

Os Sistemas de informação em Enfermagem, hoje em dia, alicerçados em códigos de linguagem comum, são um importante requisito de promoção e avaliação da qualidade de cuidados, bem como, tornarem visíveis os contributos dos cuidados de enfermagem para a saúde das populações, e consequentes ganhos em saúde.

Na UCICT, o processo de enfermagem está instituído de forma informatizada, através do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Este permite o registo e documentação dos focos de atenção para a prática associados a um juízo diagnóstico, das intervenções de enfermagem, tanto as interdependentes como as autónomas, entre outras aplicações. Ao utilizar uma linguagem unificada, a da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o SAPE facilita a uniformização da documentação e dos próprios cuidados prestados, a comunicação entre todos os profissionais, a investigação em enfermagem, o processo de tomada de decisão e dá visibilidade às práticas dos enfermeiros, factores que contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Verifiquei que em relação aos registos efectuados através do SAPE, existem algumas lacunas passíveis de serem colmatadas, no que respeita à carência de rigor, objectividade e exactidão com que são efectuados, fruto de falta de tempo, da constante mobilidade a que estes doentes estão sujeitos durante a sua estadia neste serviço. Estimulando o meu espírito crítico, e com a liberdade e aprovação dada pelo meu tutor, reflecti e discuti eventuais registos com a equipa de enfermagem e procedi às alterações que considerei apropriadas e pertinentes. Sabendo que, de uma forma geral, os enfermeiros são ainda resistentes à CIPE, tentei enfatizar a importância de uma linguagem classificada e universal, no sentido de que a esta, poderá dar, sem sombra de dúvida, um imperioso contributo para a enfermagem, se os enfermeiros entenderem a sua essência e dela conseguirem tirar o máximo partido.

Na UCICT a transmissão de informação é feita através de um *briefing* efectuado com todos os elementos de enfermagem, onde o coordenador de turno, normalmente um enfermeiro especialista transmite informação de carácter geral, tal como: diagnóstico do doente, cirurgia ao qual foi submetido, quando e para onde vai ser transferido, distribuição dos doentes provenientes do bloco operatório. Posteriormente é feita a passagem individual de cada doente, apenas ao elemento que está a receber o turno, tendo por base a folha de vigilância intensiva utilizada em todas as UCI's do H.S.J. De salientar que é exigido sempre a um enfermeiro previamente destacado, que passe a informação de um dos seus doentes através do SAPE, utilizando terminologia CIPE.

Tendo por base o enunciado de posição da OE, que refere que o enfermeiro do pré-hospitalar assume o dever de transmitir informação pertinente, suportada em registos apropriados, no momento da admissão do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, na unidade hospitalar de referência (OE, 2007:2), colaborei no preenchimento de variados documentos (verbetes) dos diversos meios, cada qual com a sua funcionalidade. Tudo o que foi observado e efectuado durante o estágio, foi registado de forma a proteger doentes e profissionais. Nas diversas unidades de saúde para onde encaminhamos as vítimas, transmiti informação pertinente e rigorosa. Os verbetes, são os documentos preconizados nos meios INEM, neles constam identificação da vítima; hora de accionamento; motivo da chamada; hora da avaliação; hábitos farmacológicos; antecedentes pessoais; sinais e sintomas da vítima, uma zona de avaliação da vítima, onde se registam todos os dados monitorizados, outra zona de actuação, onde se registam todos os procedimentos e medicação efectuada.

Na prática profissional, a metodologia empregada na organização do conhecimento e do cuidado ao doente, denomina-se de processo de enfermagem (Almeida, 2002), ainda em consonância com Phipps, Sands e Marek (2003: 642),” *o processo de enfermagem é o mesmo, tanto em situações dos cuidados críticos como em qualquer instituição onde há doentes*”. Tendo em conta o anteriormente exposto, o enfermeiro necessita, portanto, de uma capacidade de lidar com situações de risco com velocidade e previsão, requer competência na integração da informação, na construção de julgamentos e na tomada de decisões (Barreto. S. et al, 2001). A gestão dos cuidados neste contexto requer, ainda que mentalmente, o estabelecimento de uma colheita de dados, a identificação de problemas reais e potenciais, a fixação de prioridades, a definição de critérios para os resultados, a execução das intervenções planeadas e avaliação no sentido de adoptar uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente, vítima de acidente e/ou doença súbita.

As faltas e as anomalias detectadas nas *check-list* da viatura e equipamentos são registadas em folha própria para o efeito e comunicadas em passagem de turno, verificando-se que a equipa faz diligências junto da logística para a sua rápida normalização.

A documentação de enfermagem é um instrumento importante na continuidade dos cuidados prestados, em que a utilização de uma linguagem classificada permite descrever esses cuidados, de modo a que todos tenham a mesma compreensão sobre a mensagem transmitida. Esta documentação é a maior “arma” do enfermeiro, foi portanto minha

preocupação em expressá-la da melhor forma possível, uma vez que os registos são de primordial importância na adopção de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente crítico, no sentido da dignificação e desenvolvimento da enfermagem.

Objectivo Específico

- Desenvolver atitudes comunicacionais com o doente/ família/ convivente significativo.

Actividades desenvolvidas/ Competências adquiridas

Prestar cuidados humanizados é uma meta que todos os enfermeiros deveriam empenhar-se em atingir. É a essência da Enfermagem. Como tal, não poderia deixar de o apontar como um objectivo, não só neste estágio como em toda a minha vida profissional.

Sendo o SU um serviço em que a maior parte dos doentes carece de cuidados urgentes, será também um serviço complexo a nível humano. Muitas vezes os cuidados urgentes, assim como o stress vivido por parte dos doentes e profissionais, levam a que a humanização dos cuidados seja uma tarefa difícil não deixando, no entanto, de ser cumprida. A relação estabelecida com os doentes, foi muito positiva, apercebendo-me de tal através das respostas de cunho valorativo pelo meu trabalho/desempenho, nos elogios ou satisfação demonstradas por parte de doentes e familiares.

Sendo a enfermagem uma profissão que enfatiza o cuidado personalizado e holístico e estando os enfermeiros despertos para a importância dos familiares na recuperação do doente, encontramos-nos na posição ideal para perceber quais as reais necessidades da família. Dadas as suas características muito próprias, o SU é um local onde a dor, o sofrimento e a angústia estão sempre presentes, estes factores são geradores de grande stress tanto no doente como na família que aguarda ansiosamente por notícias do seu ente querido. A família, estrutura constituída como um todo organizado, sofre mudanças importantes e impacto emocional relevante, durante a hospitalização de um de seus membros. As angústias, medos, sofrimentos e dúvidas estão presentes, assim como as incertezas do tratamento e prognóstico. O contacto com a equipe de saúde torna-se indispensável e o trabalho do enfermeiro é importante pois é o elemento da equipa que passa mais tempo junto do doente.

No SU do HSS, apercebi-me que o contacto entre enfermeiro e família do doente está condicionado pelas próprias condições físicas, sobrecarga de trabalho e porque este serviço dispõe de um administrativo de apoio e vigilância, que é o porta-voz da família, cuja função é de fazer a ponte entre os familiares, os doentes e a equipa de saúde. Penso que com este obstáculo à família faltam, além de importantes informações, apoio do enfermeiro, que em muito poderia auxiliar os familiares a enfrentar esta fase de transição. Devo salvaguardar que neste SU há excepções ao acompanhamento de familiares/conviventes significativos aos doentes: Crianças com 17 anos menos 1 dia; doentes incapazes, em que a necessidade de acompanhamento de familiar seja considerada imprescindível pelo médico ou enfermeiro. As restantes excepções foram avaliadas caso a caso, e por diversas vezes tive necessidade de pedir ao auxiliar de apoio e vigilância que proporcionasse a entrada de familiares para lhes ser proporcionados ensinamentos, para lhes dar informações que me parecessem pertinentes ou

simplesmente porque entendi que a presença do familiar poderia trazer benefícios no processo terapêutico do doente. A este respeito foram vários os momentos que abordei a equipa de enfermagem/ responsáveis pelo serviço, no sentido de reflectir sobre este constrangimento imposto aos acompanhantes, tendo percepcionado que de uma forma geral, estes mostraram-se preocupados com esta situação. Concordando com Urizzi e Correia (2007) *” a aproximação às vivências da família podem trazer subsídios para os enfermeiros reflectirem sobre a sua prática”*.

Apesar destes obstáculos, consegui gerir o estabelecimento da relação terapêutica com doente/família em situação crítica. Lembro-me de um episódio no SU em que estabeleci estratégias de comunicação eficaz com uma mãe, cujo filho tinha sido vítima de uma queda de bicicleta e havia feito uma ferida por corte no lábio inferior, com necessidade de ser suturado. A mãe estava muito ansiosa, com sentimento de culpa e extremamente preocupada com a situação clínica do seu filho, segundo Zinn (2003) famílias ansiosas, ou com falta de informação, provocam reacções negativas por parte da equipa, pelo que proporcionei a presença da mãe junto do seu filho, mesmo quando se procedia a sutura do lábio, a este respeito Day (2006) refere que, embora os benefícios da presença da família não constituam resultados preditivos, devem ser vistos como parte inseparável da prática dos cuidados. Fui explicando cada passo do procedimento, adequando o dever de informação de acordo com o seu grau de compreensão e circunstância, adoptei uma postura de disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas permitindo uma maior proximidade e abertura entre mãe e filho, e no final, até houve lugar a um momento cómico quando dei indicações ao menino para comer gelados, no sentido de minimizar o edema labial.

A admissão de uma pessoa num serviço de cuidados intensivos resulta muitas vezes, de um acontecimento inesperado e repentino, facto que se repercute na família, alterando o seu dia-a-dia e desorganizando as suas relações, devido à distância física do doente, a problemas financeiros e ao medo da perda do seu ente (Urizzi, 2008:371). Efectivamente, o enfermeiro tem de lidar não só com as respostas fisiológicas do doente, à doença, mas também, com as reacções do mesmo e da sua família face à transição de saúde/doença vivenciada. Todo este processo necessita de atenção especial da equipa de saúde, em especial dos enfermeiros que são, normalmente, os prestadores de cuidados primários dos clientes e dos familiares que vivenciam um processo de transição (Meleis, 2007).

Na UCICT, a comunicação com os familiares, é um aspecto que se reveste de extrema importância, pois enquanto enfermeiros somos confrontados com todas as preocupações e questões dos mesmos, quanto ao estado do doente e seu familiar. A família confronta-se com situações de pós-operatório imediato de intervenções cirúrgicas complicadas e de grande especificidade, por vezes com necessidade de tórax aberto, o que causa sempre um grande impacto nos familiares, cabe-nos a nós enfermeiros, a preocupação, de saber gerir a informação fornecida durante o *“timing”* das visitas. Neste sentido acolhi sempre a família de forma adequada, apresentando-me, mostrando disponibilidade e informando do cenário que iria

encontrar (ventilador, cateteres, monitores, alarmes, outros equipamentos). Sei que o doente/família associa sempre a monitorização a uma situação de grande complexidade/ gravidade. Para Benner (2005:462), *“o clima do meio hospitalar inquieta-os, os aparelhos e os cuidados invasivos confundem-nos, e o sofrimento e as perspectivas do futuro fazem-lhes medo”*. Assim tive sempre a preocupação de responder às questões colocadas de forma segura, com linguagem adequada ao seu grau e conhecimento, de modo a não contribuir para a ansiedade do doente/família, solicitando colaboração do tutor/enfermeiros sempre que achei necessário.

Na comunicação com a família, a inclusão desta no processo de recuperação do doente é um aspecto de grande relevo, pelo que no desenrolar deste módulo de estágio, tive sempre em conta que o excesso de informação poderia ser prejudicial, evitando pormenores técnicos, dando-lhe informação verídica, sem fomentar falsas expectativas, utilizando a mesma como parceiro a quem podemos recorrer para ajudar na recuperação dos doentes, promovendo comportamentos saudáveis, já pensando na readaptação funcional após a alta, na medida em que *“educar significa fortalecer a autonomia do cidadão capacitando-o para a tomada de decisões e o exercício do controle da sua própria vida.”* (Pestana, 2007:12).

Esta temática tem sido objecto de interesse em diversos estudos, com diferentes metodologias, mas todos com o mesmo propósito, o de conhecer as necessidades dos familiares e possibilitar o planeamento de intervenções, com vista a minimiza-las ou até mesmo suprimi-las.

Hampe (1975) citada por Verhaeghe et al. (2005), foi a primeira investigadora a estudar as necessidades de familiares de doentes críticos, nomeadamente as das esposas destes últimos. Identificou as necessidades em dois tipos distintos, as relacionadas com o doente e as necessidades pessoais da esposa, referindo que todas elas eram insuficientemente atendidas.

A investigadora enfermeira Jane Leske, em 1991 realizou um trabalho, aplicando um inventário com as 45 necessidades da família, denominado Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), tendo concluído as seguintes dimensões de necessidades: Suporte, Conforto, Informação, Proximidade e Segurança (Freitas et al., 2007).

Um estudo australiano levado a cabo por Burr (1998) cit. por Davidson (2009:30) acrescentou a existência de duas categorias de necessidades, adicionais às apresentadas no CCFNI: as de Fornecer Apoio e Proteger o Doente.

Numa revisão de literatura de Verhaeghe et al. (2005), por razões de clareza e compreensão, optou por uma diferente divisão das necessidades, em quatro novas categorias: Cognitiva, Emocional, Social e Prática.

Por fim, segundo a classificação de Maruiti e Galdeano (2007:38), organizaram as necessidades dos familiares de doentes internados em UCI's em quatro categorias: Conhecimento/Informação, Conforto, Segurança Emocional e Acesso. As necessidades de Conhecimento/Informação compõem a categoria de itens relacionados com as necessidades dos familiares de receber informações, das mais variadas, ou de obter conhecimentos relacionados com o estado de saúde do doente internado ou com os procedimentos envolvidos na terapêutica e cuidado ao familiar doente. As necessidades de Conforto, por sua vez,

agrupam os itens relacionados com o planeamento físico da unidade, mobília nela contida e ainda a necessidade dos familiares se sentirem confortáveis na sala de espera ou na própria UCI durante a visita. Quanto à categoria de Segurança Emocional, corresponde às necessidades dos familiares de se sentirem seguros, menos ansiosos e/ou temerosos quanto ao estado de saúde e ao prognóstico de seu familiar. Por último, a quarta categoria de necessidades, as de Acesso. Estas estão relacionadas com a necessidade de ter maior acesso não só ao doente, mas aos próprios profissionais da unidade ou instituição, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e outros funcionários não relacionados à área médica.

Apesar do doente da UCICT se encontrar geralmente sedado e analgesiado, não significa que não se possa criar uma relação interpessoal, pois, embora inconsciente, o doente é uma pessoa com uma história de vida, com vontade, valores e crenças, e tem o direito a ser tratado com respeito e dignidade. Relativamente a este propósito, importa referir que, o exercício profissional centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa, sendo que “ (...) quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem” (Conselho de Enfermagem, 2003:4).

Ao longo do estágio no Pré-Hospitalar, apercebi-me que tudo aquilo que dizemos ou fazemos é motivo de análise pelo público. Este ambiente é muito próprio e tem implicações para o doente e sua família. Nele vivenciam-se situações de descontrolo, ansiedade, medo, morte súbita, luto e momentos de sofrimento, a prática da comunicação baseada numa relação de ajuda traduz-se num verdadeiro veículo no sentido de obter confiança, colaboração e bom senso por parte das vítimas e seus familiares. Afirmo Phaneuf (2005: 324), relação de ajuda é uma “...troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento de apoio de que uma pessoa tem necessidade no decurso de uma prova. Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal (...)”.

No decurso deste estágio, foram várias as situações que vivenciei como más notícias, entre as quais a comunicação de um diagnóstico menos favorável, a decisão de internamento ou uma cirurgia. A comunicação de más notícias é uma realidade constante no quotidiano dos profissionais de saúde, constituindo uma das áreas mais difíceis e complexas do contexto do Pré-Hospitalar. Nesta área a má notícia mais frequente é a comunicação da morte de alguém, é um momento difícil que envolve muitos sentimentos e emoções, lidar com os familiares não é tarefa fácil e tudo aquilo que for dito deixará marcas irreversíveis.

Lembro uma situação de comunicação de morte à irmã da vítima. Foi muito importante verificar que os profissionais escolheram um local calmo para que a pessoa se concentrasse naquilo que lhe estava a ser transmitido. O tom de voz, as palavras cuidadosamente escolhidas, os momentos de silêncio, os gestos e até o toque não foram usados ao acaso.

Assim, durante este módulo de estágio, sempre que possível, observei e colaborei no apoio dado às vítimas e família, e intensifiquei a ideia que enfermeiro que trabalha em Pré-hospitalar, para além de ser detentor de uma enorme diversidade de conhecimentos, tem que desenvolver competências relacionais e comunicacionais de forma a conseguir dar resposta às necessidades das vítimas e seus familiares, tendo em conta as suas crenças e valores.

Tive sempre a preocupação de responder às questões colocadas de forma segura, com linguagem adequada ao seu nível sociocultural e estado emocional, bem como a gravidade da situação da vítima, com o intuito de esclarecer e contribuir para minimizar a ansiedade da família, conseguindo uma comunicação eficaz e ajustada às intervenções e cuidados a prestar, adquirindo e aperfeiçoando competências no processo de abordagem ao doente em estado crítico ou em situação de urgência/emergência e evidenciando capacidade para estabelecer prioridades na resolução dos seus problemas demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família, relacionando-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e sua cultura.

Objectivo Específico

- Desenvolver o espírito autocrítico para situações/problemas novos relacionados com o doente/ família na área EMC, desenvolvendo um discurso pessoal fundamentado nas decisões tomadas de modo a garantir a melhoria contínua dos cuidados.

Actividades desenvolvidas/ Competências adquiridas

Sendo minha convicção que o crescimento profissional só é possível quando a formação é reflexo das interrogações que colocamos diariamente à nossa prática profissional, aproveitei ao máximo as oportunidades de aprendizagem, aproveitando as mais diversas experiências que me foram surgindo, aplicando os meus conhecimentos adquiridos/ desenvolvidos na área de EMC e através da formulação e análise de situações/problemas relacionados o doente/família, promovi momentos de reflexão crítica sobre a prática dos cuidados de enfermagem observados/prestados e contribuí para o desenvolvimento de uma consciência crítica face à prática profissional, no sentido de prestar melhores cuidados de enfermagem.

Sabendo que do enfermeiro especialista são esperadas competências que lhe permitam ter elevada capacidade de concepção, gestão, supervisão de cuidados e ainda que lhe permitam promover a formação, investigação e acessória na área de intervenção definida para a especialidade, foram meus objectivos durante o período de formação aprender a reflectir na e sobre a sua prática, de forma crítica, no sentido de dar respostas às necessidades sentidas pelos doentes/família e restantes profissionais de saúde, mostrando iniciativa e criatividade na procura de soluções na iminência dos problemas detectados. A aprendizagem ao longo do estágio concretizou-se, então, através da acção reflectida da prática, na qual os novos conhecimentos foram integrados, criando-me condições para o desenvolvimento de competências.

Ser competente não se reduz ao saber ou saber-fazer – as competências integram e mobilizam os conhecimentos. A competência realiza-se na acção e é relativa a uma determinada situação, não surgindo de forma autónoma. A competência é pois, um processo dinâmico que implica interacção, raciocínios lógicos, saberes fazer práticos, de modo a dar resposta às necessidades e com adaptações adequadas às situações que vão surgindo (Petronilho, 2006). Por este aspecto e pela realidade que encontrei, desde o primeiro turno nos diferentes módulos de estágio, percebi que a prestação de cuidados ao doente em estado crítico exige dos enfermeiros um saber actualizado, um saber especializado em enfermagem que implica um conhecimento aprofundado sobre a pessoa, e capacidade de pensamento crítico.

Ao longo do estágio fui detectando algumas situações problema, sobre os quais reflecti. Na UCICT a prescrição da terapêutica, não era feita por via electrónica, o que muitas vezes se traduzia na não administração em tempo útil, pois a farmácia não tinha conhecimento dessa terapêutica, e como tal não a enviava. Por outro lado, verifica-se ainda o recurso abusivo da prescrição verbal, muitas vezes sem carácter de urgência, aproveitei momentos informais, para reflectir com o meu tutor e restante equipa, sobre os riscos que podem advir, dos registos não serem efectuados de uma forma rigorosa e objectiva. A equipa mostrou-se receptiva e bastante preocupada, tendo a enfermeira chefe tomado diligências neste sentido.

O doente ventilado, embora se encontre sedado, necessita, de manter-se ligado ao mundo que o rodeia, o que só é possível através da relação que mantém com os outros, ou pelo menos, da relação que os outros mantêm com ele. Mesmo que não tenhamos a certeza de ser observados, escutados ou apenas sentidos pelo doente, é imprescindível encará-lo como um ser humano, um ser individual e social, provido de sentimentos e necessidades relacionais. Penso ter evoluído e crescido neste âmbito, pois inicialmente sentia que na minha prática diária, este aspecto necessitava de ser desenvolvido. Falar, tocar, pedir permissão para efectuar qualquer acto terapêutico, a uma pessoa que não nos dá feed-back, não é fácil, sobretudo porque em todo o meu percurso profissional trabalhei, sempre, com doentes conscientes e com os quais estabelecia comunicação verbal. Penso contudo, que são pormenores como estes, que marcam a diferença e que engrandecem a nossa profissão.

Saliento também, o papel importante do enfermeiro especialista, no que respeita ao stress vivenciado pela família, que vê o seu doente ser internado de forma repentina. Segundo Rabiais (2010) na família verifica-se por vezes mudança nos papeis, esta experimenta sentimentos de isolamento dos outros membros da família, problemas financeiros, provocados pelo internamento do seu ente querido, que muitas vezes é o sustento da casa, vivencia também perturbações emocionais, enquanto dura o internamento, conduz problemas de e para o hospital, teme pela perda do familiar doente. A dinâmica familiar fica assim alterada, sendo imprescindível detectar necessidades e problemas para possibilitar uma intervenção adequada e eficaz. Importa então, estabelecer um elo entre a equipa de enfermagem e a família. Neste sentido, sempre que possível, observei e colaborei no apoio e esclarecimento dado, forneci com supervisão, as informações necessárias tendo em conta o nível sociocultural e o estado

emocional, bem como a gravidade da situação do doente, com o intuito de esclarecer e acalmar os familiares, demonstrando conhecimentos sobre a gestão de medo e ansiedade aos mesmos.

Convicta da importância da informação no processo de doença, ao próprio ou familiares, procurei proporcionar informação adequada e, quando desconhecesse essa informação, procurava-a junto de outros profissionais. Assim, por várias vezes tive necessidade de pedir colaboração à equipa médica para o esclarecimento de dúvidas e para o fornecimento de informação.

A decisão terapêutica já há muito que deixou de ser da exclusiva responsabilidade do profissional de saúde, sendo actualmente partilhada com o doente e que, em última instância a decisão é dele, que exprimirá a sua vontade, aceitando ou não a estratégia terapêutica proposta. Deste modo, aquando de todas as intervenções de enfermagem que realizei, sempre me preocupei em explicar ao doente, de forma rigorosa, mas clara, os procedimentos que pretendia realizar, bem como, em obter o seu consentimento, tal como está contemplado no Código Penal Português, no seu artigo 157º – dever de esclarecimento, que refere que “...o consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica”. Um médico, ou outro profissional habilitado com os conhecimentos indispensáveis, experiência profissional e capacidade de comunicação apropriada, nomeadamente o enfermeiro, pode cumprir esta obrigação de esclarecer mas o médico que realiza o tratamento é o responsável por assegurar, antes de iniciar a intervenção, que o doente foi informado. O dever de informar do enfermeiro, encontra-se fundamentado no CDE, no seu artigo 84º, o qual confere o “respeito pelo direito a autodeterminação dos clientes de cuidados, informando o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem (...)”.

Durante o período de estágio no CODU- Norte tomei consciência de alguma ignorância por parte da população na utilização do número nacional de socorro. O recurso a este serviço por motivos claramente não urgentes e o número considerável de chamadas falsas, que levam ao accionamento de meios desnecessariamente, são a prova disso. Existe já o propósito por parte do INEM de educar a população para a emergência pré-hospitalar, executando, para isso, variadas acções de sensibilização em escolas, câmaras municipais e outros locais públicos. É importante continuar este trabalho e responsabilizar o utente, pois as consequências destes actos podem implicar a perda de vidas.

Devido às circunstâncias da situação e aos níveis de stress e ansiedade a que está sujeito, a pessoa que estabelece o contacto com o CODU, raramente consegue fornecer informações precisas quer sobre a (s) vítima (s), quer sobre a situação de emergência em si, tornando-se complicado para o operador da central hierarquizar as prioridades e seleccionar as situações de acordo com a sua gravidade. Mateus (2007), lembra-nos que o principal objectivo

do CODU é avaliar no mais curto espaço de tempo os pedidos de socorro, dirigindo os recursos humanos e materiais necessários e adequados a cada caso. O operador tem que efectuar a triagem da situação de forma rápida, percebendo de imediato se se trata ou não de situação grave.

Neste campo de acção, foram realizadas elucidações à família e população sobre o recurso de meios diferenciados de emergência e a importância da correcta transmissão de informação para que, num esforço comum entre profissionais e população, possam ser obtidos ganhos em saúde. Estas elucidações foram efectuadas informalmente, por via telefónica no CODU, aquando das saídas para o domicílio às vítimas e seus familiares ou mesmo na rua quando dispnhamos de algum tempo para o efeito e as situações assim o permitiam.

Sendo os operadores da central profissionais sem experiência clínica ou hospitalar, torna-se mais fácil entender a presença do enfermeiro regulador no CODU, na medida em que é tão importante receber os dados clínicos, como interpretá-los e contextualizá-los. Este profissional agora extinto no CODU, é o profissional habilitado para acompanhar e dar resposta às situações, no que respeita à avaliação e encaminhamento das situações, pois para além de ter como suporte as competências adquiridas na formação académica, também é detentor de uma experiência profissional que lhe facilita a interpretação de dados.

Outro aspecto que foi passível de reflexão, foi o facto de a VMER ser activada em situações de PCR, e chegada ao local, a vítima já em rigidez cadavérica, o tempo que a equipa da VMER tem que permanecer no local à espera da autoridade ou que o médico assistente da vítima assuma a certificação do óbito, é longo, ficando a VMER retida por aspectos meramente burocráticos e ficando menos um meio disponível para situações de emergência. Em certas ocasiões de accionamento de VMER, a ambulância teria sido suficiente, noutras o accionamento de ambulância INEM seria discutível. Porém, para além das próprias dificuldades de triagem, certas situações como o envolvimento de crianças, quedas e “sangue” na via pública, justificam o excesso de zelo.

Desenvolvi estratégias de resolução de problemas junto do doente/família, respondendo apropriadamente às questões, solicitações e às dificuldades que os mesmos me foram colocando, utilizando linguagem ajustada ao seu grau de compreensão e circunstância, deste modo, produzi um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparava.

A aprendizagem ao longo do estágio concretizou-se através da acção reflectida da prática, na qual os novos conhecimentos foram integrados, criando-se condições para o desenvolvimento de competências. Alarcão (2000), citado por Catarino (2004:46) refere que ser reflexivo “... é ter a capacidade de utilizar o pensamento como atribuidor do sentido”.

Assim, no final de cada turno/saída procedi a uma discussão salutar sobre a prestação dos cuidados e as conclusões provindas permitiram-me detectar possíveis falhas na prestação concertada da equipa. Desta troca de ideias foi possível rentabilizar cuidados e recursos com maior brevidade, melhorar a prestação da equipa, sendo capaz de demonstrar consciência

crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o doente e família, especialmente na área da EEMC.

Com o intuito de comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, ao público em geral, durante o percurso do estágio, aproveitei para efectuar sessões informais de educação para a saúde, incentivando a mudança de estilos de vida e corrigindo hábitos alimentares, com especial ênfase no combate ao tabagismo, sedentarismo, obesidade, ao consumo excessivo de sal e de gorduras saturadas, a par da vigilância e controlo da Hipertensão Arterial, diabetes, dislipidémia, estimulando a prática do exercício físico no sentido de prevenir doenças cardiovasculares que constituem grande parte das doenças no nosso país.

1.2 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL ÉTICA E LEGAL

OBJECTIVO GERAL

Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.

Objectivo Específico

- Implementar cuidados de enfermagem congruentes com os valores que orientam a profissão e com a matriz cultural do doente/família.

Actividades desenvolvidas/ Competências adquiridas

O enfermeiro especialista vai de encontro às necessidades do doente/ família que cuida, usando os mesmos como parceiros dos cuidados, conduzindo a sua prática de forma responsável, ética e legal, actuando sempre no respeito pelos interesses e direitos, legalmente protegidos dos cidadãos, promovendo a dignidade humana, privacidade, o direito ao sigilo profissional, o dever de ser informado, entre outros. Neste sentido, agi sempre de acordo com o consagrado no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e restante legislação em vigor, com o intuito de implementar cuidados de enfermagem congruentes com os valores que orientam a profissão e a tomada de decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais e éticas.

No decorrer dos diferentes estágios, verifiquei que recorrem aos nossos cuidados uma diversidade de pessoas, quer no que diz respeito aos valores, costumes e crenças, quer no que se refere à etnia e país de origem. No âmbito do exercício profissional, o enfermeiro, no estabelecimento das relações terapêuticas, distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, “*num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem*”. (Conselho de Enfermagem, 2003:4). Devo referir que em todos os serviços/meios por onde passei, prestei cuidados a todo e qualquer cidadão, independentemente do seu

estado socioeconómico, raça, profissão, cultura ou religião promovendo o direito à igualdade e assegurando o respeito por todos os doentes/famíliares que ao meu cuidado estiveram respeitando a singularidade de cada um. O doente tem direito à protecção dos seus direitos e a ser cuidado sem discriminação, neste sentido, assumi o dever de respeitar os valores humanos e de proteger os direitos desses doentes, conforme consagrado no Artigo 81.º do CDE. Também a Convenção Europeia dos Direitos do Homem (ratificado em Portugal pela Lei nº 1º 65/78 de 13 de Outubro), assegura o gozo dos direitos e liberdades reconhecidos sem quaisquer distinções, sejam elas fundadas no sexo, raça, cor, língua, religião, opiniões políticas ou outras, a origem nacional ou social, a pertença a uma minoria nacional, a riqueza, o nascimento ou qualquer outra situação.

O direito à protecção da saúde está consagrado na Carta dos Direitos dos Doentes no seu ponto nº3 que refere que *“O doente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais”*. Também podemos ver este direito confirmado na Lei de bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto), na Base I no seu ponto1, que refere que *“A protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei”*. Deste modo, assumi o dever de prestar cuidados e assegurar a continuidade dos mesmos, conforme consagrado no Artigo 83.º do CDE.

No contexto PH, uma vez que parte dos cuidados são efectuados na rua, somos frequentemente confrontados com a curiosidade da população e comunicação social, no sentido de solicitarem dados da vítima, o que por vezes, de forma inconsciente, nós profissionais colocamos em risco o dever do sigilo profissional. Grande parte da especificidade da conduta dos profissionais do PH, decorre das relações que estabelecem com o doente em situação de urgência/emergência, a qual impõem um especial dever de sigilo relativamente aos dados privados do mesmo (INEM, 2008: 1). Já em 1948, o artigo 12º da Declaração Universal dos Direitos do Homem (DR, I Série A, n.º 57/78, de 9 de Março de 1978), afirma que *“ninguém sofrerá intromissões arbitrarias na sua vida privada...”*. Também a Lei de Bases da Saúde, na sua Base XIV sobre o Estatuto dos Doentes, afirma que os doentes têm direito a ver rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados. Este direito de sigilo reveste-se de tal importância que, inclusivé merece protecção constitucional. A Constituição da República Portuguesa, no nº 1 do seu artigo 26º, consagra o direito à reserva da intimidade da vida privada enquanto direito fundamental.

Nas palavras de Deodato (2004:49), *“é o respeito por esta reserva sobre a intimidade do Outro que fundamenta a existência de um dever de guardar segredo sobre a informação a que se tem acesso por via do exercício profissional, que de outra forma, não seria conhecida”*. O dever de sigilo profissional é de tal forma valioso que o Estado o protege com a tutela penal. A violação deste dever por um profissional de saúde preenche o tipo legal de crime do artigo 195º do Código Penal, e em punição idêntica incorre o autor do crime de aproveitamento indevido de segredo, previsto no artigo 196º.

É por todas estas razões que, o dever de sigilo constitui um tema relativamente ao qual o Conselho Jurisdicional (CJ) da OE por diversas vezes, teve necessidade de reflectir e de se pronunciar. Assim, no que respeita ao dever de *“considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte”*, previsto no artigo 85º, a), o Conselho Jurisdicional, conclui pela existência de dois critérios para que possa haver quebra do sigilo. Num dos critérios evoca que poderá haver quebra quando está em causa a defesa de valores superiores. *“Ou seja, em vez de uma decisão de quebra de segredo tendo por base a concordância prática dos direitos em causa, opta-se pela hierarquização dos valores e conflito, decidindo em concordância com aquele que se julgar superior”* (Deodato, 2008:96). No outro, prevê que, sendo possível a quebra do sigilo, ao enfermeiro caberá, apenas, a partilha da informação estritamente necessária. A partilha dessa informação é, igualmente salvaguardada na alínea b) daquele artigo, ao estabelecer que só poderá acontecer *“...com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos”* (Deodato, 2008:96).

Assumindo a reflexão crítica como forma de melhorar a prática de enfermagem, em algumas situações constatei que os direitos dos cidadãos não estavam a ser devidamente respeitados. No SU do HSS, a entrada é condicionada aos acompanhantes, salvo algumas excepções que se prendem com menores, deficientes ou casos que médico ou Enfº entendam que os familiares devem permanecer junto dos seus doentes, restantes familiares ficam limitados a uma sala a aguardar informações que são transmitidas pelo auxiliar de apoio e vigilância, designado para esse efeito. No decurso da prática, foram vários os momentos que abordei a equipa de enfermagem/ responsáveis pelo serviço, no sentido de reflectir sobre este constrangimento, alertando para o facto destes procedimentos não estão em conformidade com lei, tendo os mesmos informado, que conheciam o teor da lei, mas que devido às limitações do espaço físico, tal procedimento seria difícil de implementar. Em 2009, entrou em vigor, a Lei nº 33/2009 de 14 de Julho que reconhece e garante a todo o cidadão admitido num SU do Serviço Nacional de Saúde o direito de acompanhamento por uma pessoa indicada e esta deve ser informado desse direito na admissão pelo serviço. Os SU *“...têm até um ano para proceder às alterações necessárias nas instalações, organização e funcionamento dos respectivos serviços de urgência, de forma a permitir que os doentes possam usufruir do direito de acompanhamento sem causar qualquer prejuízo ao normal funcionamento daqueles serviços”*.

A fase final da vida de uma pessoa suscita desde há largos anos inúmeras questões éticas e dúvidas de natureza existencial, sobretudo quando existe a possibilidade de intervir medicamente para aliviar a dor e o sofrimento. A evolução da técnica e da ciência, permite atenuar muitos receios que temos face à morte, como o poder de curar doenças e de reduzir as suas consequências é algo que tranquiliza os profissionais de saúde. No entanto, pode despoletar problemáticas, *“muito mais da esfera ética do que da técnica”*. O dilema que se origina de todo este poder traduz-se na seguinte questão: *“prolongar a vida a todo o custo, ou*

permitir um fim de vida digno?” (Soares, 2004:16).

De facto, a evolução da medicina originou a possibilidade de prolongar a existência humana para além daquilo que é adequado, pelo que, importa estabelecer critérios claros para uma boa prática clínica nesta fase da vida humana. Morrer dignamente é um direito consagrado, que infelizmente ainda não encontra resposta nos técnicos de saúde. O enfermeiro deve ter consciência que é necessária uma avaliação ética em todo o processo que envolve o doente em fase terminal, pois o fundamento da ética é a pessoa humana, que urge sempre defender e promover, desde que nasce até que morre (Ribeiro, 2007).

Reporto-me a um doente que nos foi atribuído na UCICT, que se encontrava em fim de vida. Na abordagem a este doente teve-se em conta duas fases; a primeira fase, correspondeu ao processo de decisão, em que se englobou toda a equipa e a família, esta fase visou promover uma informação mais completa possível à família, permitindo que esta percebesse todas as medidas utilizadas no tratamento, incluindo a hipótese de suspensão de medidas de suporte de vida. A segunda fase, prendeu-se com a implementação dessa decisão, tendo-se sempre em conta uma abordagem holística e humanística do doente e familiares/ conviventes significativos e foi com aprovação que verifiquei que a classe médica teve em conta o dever ético de respeitar o doente terminal, evitando a realização de exames complementares de diagnóstico fúteis. Todo este processo foi contínuo e gradual, permitindo-lhes que permanecesse junto do seu ente querido, o tempo que consideraram suficiente. Aquando da morte da pessoa em causa, assisti a família no processo de luto, demonstrando conhecimentos e habilidades facilitadoras da *dignificação da morte*, através da promoção de privacidade, silêncio e respeito na despedida.

No período de estágio no serviço de urgência, cuidados intensivos e em contexto pré hospitalar, percebi que as situações de emergência exigiam rapidez e segurança, requerendo um planeamento de cuidados rápido e eficaz. Estas situações, pelas suas especificidades, podem também ser geradoras de conflitos éticos, como por exemplo, no que diz respeito à decisão de reanimar ou não. No Pré-Hospitalar a única situação que presenciei, foi tomada mediante uma reflexão multidisciplinar, tendo colaborado com a mesma dando a minha opinião.

O processo evolutivo verificado ao longo do estágio, facultou-me a incorporação na prática de resultados de investigação válidos e relevantes, assegurando a tomada de decisões fundamentadas, tendo em conta, tanto às evidências científicas como as minhas responsabilidades sociais e éticas.

1.3 DOMÍNIO DA GESTÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS E RECURSOS

OBJECTIVO GERAL

Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos sobre gestão de cuidados e recursos em enfermagem.

Objectivo Específico

- Adquirir e desenvolver competências na área da gestão de cuidados, recursos humanos e materiais, reconhecendo o papel do Enfermeiro Especialista no seio da equipa multidisciplinar.

Actividades desenvolvidas/ Competências adquiridas

Através da observação da enfermeira tutora que acompanhei e da análise reflexiva que fui fazendo das intervenções do enfermeiro especialista em contexto do SU, fui-me apercebendo do seu papel importante no seio da equipa, um profissional que reflecte sobre o fazer e não se cinge ao saber fazer, capaz de mobilizar um conjunto de informação científica, técnica e relacional, não esquecendo os saberes provenientes da sua experiência/ do seu percurso profissional.

Em virtude da minha tutora não ser responsável de equipa, senti necessidade de colaborar com um enfermeiro com EEMC que tem essas funções, pude perceber que é a este que a enfermeira chefe delega a gestão dos cuidados, de recursos humanos e liderança da equipa durante o turno. A importância do líder evidencia-se enquanto coordenador da equipa, principalmente em situações críticas, que exigem tomada de decisão rápida. O enfermeiro é reconhecido em função do saber, da competência, que influencia a sua prestação de cuidados e a da equipa, traduzindo reconhecimento e credibilidade à mesma. A liderança de enfermeiros enfrenta desafios inerentes ao planeamento de cuidados, a conflitos éticos, à supervisão dos cuidados, à capacidade de tomar decisões com rapidez e segurança.

O enfermeiro especialista em EMC ao liderar a equipa, promove a organização para que cada elemento contribua com eficiência e competência na prestação de cuidados ao doente, com observações e decisões rápidas e seguras, cuidados frequentes e prolongados, que envolvem uma sequência de procedimentos invasivos e complexos, mediados por alta tecnologia. Do que observei, verifiquei que assumir a liderança, mesmo que não de uma forma directiva, implica ter responsabilidade de articular os diferentes profissionais, num trabalho em equipa multidisciplinar, horizontal, de colaboração, visando o doente de forma integral.

Assim, colaborei na prestação cuidados de enfermagem diferenciados na área da EMC motivando, orientando e supervisionando os colegas e assistentes operacionais. Efectuei o plano de distribuição de enfermeiros para o turno seguinte, mobilizei os elementos da equipa ao longo do turno entre as diferentes áreas do serviço de acordo com as necessidades, este facto que poderia “*à priori*” não ter grande importância, permitiu-me uma maior rentabilização dos recursos humanos e consequentemente melhor atendimento aos doentes, contribuindo para a satisfação destes e de seus familiares, contribuiu também para a melhoria da qualidade dos cuidados. Deste modo, pude desenvolver competências, colaborando na supervisão do exercício profissional.

No que diz respeito, à gestão de recursos materiais no SU, foi-me explicado pela enfermeira chefe a forma como era requisitado o material, de acordo com as necessidades do serviço atendendo às variações sazonais e ao orçamento mensal atribuído ao serviço, também me foi demonstrado a elaboração dos horários de enfermagem de acordo com o

programa informático adoptado pela instituição. Não houve a possibilidade de acompanhar a enfermeira chefe noutras actividades de gestão do serviço, por indisponibilidade de tempo, uma vez que acumula a chefia do SU e também da Unidade de Cuidados Intermédios.

Verifiquei a forma como o material e equipamento era acondicionado pelas assistentes operacionais nos diferentes locais do serviço. Acompanhei e colaborei activamente na verificação e reposição da medicação dos diferentes sectores do serviço e ao longo do estágio, colaborei com enfermeiros do serviço na elaboração da *check-list* de material e equipamento da sala de Pequena Cirurgia, Unidade de Decisão Clínica e sala de Reanimação, o que se revelou uma oportunidade de contactar e manusear algum equipamento com o qual não tinha contacto.

Consultar manual de integração de novos profissionais no SU tinha sido uma das actividades que me propus realizar, no entanto tal não foi possível, uma vez que este se encontrava a ser reformulado por colegas estagiárias da EEMC da Cruz Vermelha. Foi possível consultá-lo e tive oportunidade de dar algumas sugestões assim como facultar bibliografia relacionada, uma vez que foi um trabalho por mim realizado no 1º semestre na disciplina de Gestão de Serviços.

A DGS determinou implementação de uma Norma de Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado - Via Verde de Trauma (VVT). A implementação desta "Norma" começará pelos Serviços de Urgência Polivalentes, sendo previsível que esta primeira fase esteja concluída até ao final de 2010. A sua concretização em todo o universo dos Serviços de Urgência deverá ocorrer até final de 2011 (Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO de 31/03/2010). Tendo em conta esta exigência, foi-nos proposta pela enfermeira chefe, a elaboração da VVT no SU do HSS, conjuntamente com o colega do curso, também a estagiar no serviço. Como promover e participar em projectos do serviço, na área da EMC, era um dos objectivos que me propunha alcançar, aceitei esta proposta com satisfação, perspectivando o desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das estratégias institucionais, concebendo e colaborando em programas de melhoria contínua da qualidade.

É hoje largamente reconhecido que, tal como para o Acidente Vascular Cerebral, o Enfarte Agudo do Miocárdio e a Sépsis, também para o Trauma existe um conjunto de atitudes que, se realizadas numa fase precoce da doença, reduzem as complicações e a mortalidade que lhe estão associadas. Neste sentido, a DGS, determina implementação de uma Norma de Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado -Via Verde de Trauma.

A utilização de normas e protocolos tem como vantagens permitir a uniformização e universalização de acções, e sendo desenvolvidas com base em evidências científicas, constituem ferramentas que podem ajudar os profissionais a identificar os cuidados adequados à saúde para circunstâncias clínicas específicas. Para Sá-Chaves (2000:47) o profissional de saúde deverá ser um profissional reflexivo para que *"momento a momento e situação a*

situação invoque os seus saberes, seleccionando os que, do seu ponto de vista, melhor se ajustem à situação real que está a vivenciar”.

Partindo da reflexão sobre a conduta que o enfermeiro deve ter no atendimento ao doente, vítima de trauma à luz dos princípios ético-deontológicos e legais, pretendeu-se com este trabalho demonstrar capacidade de reflectir sobre um problema identificado na prática, e através de uma análise académica avançada alicerçada em evidências e recomendações de peritos na área da traumatologia, contribuir para a melhoria das práticas sensibilizando os profissionais para o tema. Assim, elaborei a “*Norma da Via Verde de Trauma*”, tendo sido disponibilizado aos responsáveis de serviço para posterior análise e ratificação, tendo por finalidade a sua implementação. Efectuei uma contextualização teórica sobre a temática e para apresentação à equipa utilizei meios audiovisuais com exposição de diapositivos (Anexo V). Esta acção formativa, foi proposta e aprovada, após apreciação favorável do enfermeiro responsável pela Formação e respectivo Departamento de Formação Hospitalar.

Uma boa gestão de recursos humanos e materiais é necessária para que a organização funcione com eficiência e eficácia. Segundo Pinto (2006:297), a gestão consiste “*na coordenação das actividades dos profissionais e dos recursos de uma organização ou de uma sua parte, com vista à prossecução dos respectivos objectivos e, eventualmente, à definição destes*”.

Na área da gestão em enfermagem, tive oportunidade de colaborar com a enfermeira chefe da UCICT, o seu acompanhamento, permitiu-me perceber a exigência a nível da gestão em todas as suas variantes. No que diz respeito a gestão de recursos materiais, contactei com uma realidade que me é familiar, uma vez que trabalho nesta instituição, verifiquei que o material era reposto por níveis, mediante stock previamente acordado, e está a cargo do armazém. Por vezes, surge a necessidade de requisitar material mais complexo/específico que não faz parte do stock acordado, esse é pedido via informática e às vezes em suporte de papel. Afirmo Pereira (2005:27), que os recursos materiais “*(...) constituem 75% do capital das organizações pelo que a maneira de os administrar se reflecte nos custos e na produtividade das empresas, (...) especificamente nas organizações de saúde, dado a multiplicidade e complexidade de material existente*”.

No que respeita à reposição de fármacos é executada mediante o sistema “PYXIS”, que é um sistema de gestão automatizada da medicação onde se vão mantendo constantes os níveis de stock, evitando a sua rotura à semelhança do que sucede com o material, este sistema minimiza a ocorrência do erro, aumentando a segurança dos doentes, permitindo incorporar a melhoria da qualidade na prática dos cuidados. A sua reposição é feita por técnicos farmacêuticos durante a semana, no turno da manhã, com supervisão da chefe/responsável. Neste domínio por diversas vezes colaborei supervisando a reposição dos fármacos, procedendo a diligências sempre que necessário.

A divisão de trabalho é uma questão natural, pois as pessoas têm interesses, capacidade de adaptação, aptidões e habilidades diferentes. Assim gestão de recursos

humanos é, de acordo com Pinto (2006:297), a “*área da gestão que tem por principal objectivo procurar compatibilizar e otimizar a interacção dos objectivos a prosseguir pela organização com os objectivos pessoais dos seus profissionais*”. Neste domínio, foi-me demonstrado a elaboração dos horários de enfermagem de acordo com o programa informático adoptado pela instituição (SISQUAL), que é uma solução de planeamento e gestão de equipas que permite que as chefias possam fazer uma gestão equilibrada e funcional das suas equipas de trabalho. Assim, tive oportunidade de colaborar na elaboração dos horários de Dezembro, com todas as particularidades deste mês.

Por não haver nenhum enfermeiro em integração na equipa na qual estive inserida, não foi possível colaborar na integração de novos profissionais, no entanto, durante o estágio na UCICT, contactei com alunos do 4º ano em estágio de integração à vida profissional. Quando oportuno e/ou solicitado, colaborei com alguns colegas, maioritariamente enfermeiros especialistas, na orientação e supervisão destes alunos, através do esclarecimento de dúvidas relativamente a determinados cuidados de enfermagem, desde aspectos técnicos, como cateterização de acessos venosos periféricos, algalias até ao esclarecimento sobre técnicas de substituição da função renal. A capacidade de facilitar e promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros na área da EEMC foi a competência mais relevante adquirida neste âmbito.

Em projectos de investigação também não foi possível participar. No entanto, tomei conhecimento de que se encontra em curso um trabalho de investigação que se prende com a referenciação dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca, para posterior acompanhamento dos mesmos em consultas de enfermagem pós alta.

Dada a especificidade do PH e dos profissionais que nele trabalham nem sempre foi possível realizar estágio com enfermeiros especialistas na área da EMC. Este enfermeiro, conforme o conteúdo funcional da carreira, proporciona benefícios essenciais para a saúde da população, nomeadamente no acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados e coordenados, garantindo a continuidade de cuidados (OE, 2007:14). Tive também, como referência profissionais que considero peritos na área. Notei que estes profissionais, tentaram enriquecer o seu curriculum profissional através de formação na área, quer através de pós-graduações, cursos profissionais, congressos ou consulta de artigos com evidência científica reconhecida. Com a experiência e o domínio, a competência transforma-se e essa mudança conduz a uma melhor actuação (Benner, 2005).

No que respeita ao acondicionamento e armazenamento dos equipamentos e materiais, pude verificar que quer os meios de SBV, quer os de SIV ou VMER apresentam nas suas respectivas bases um espaço próprio para depósito de lixo e um armazém onde consta todo o material de saúde que integra as viaturas. Refira-se, ainda que pude observar e colaborar na verificação da operacionalidade das ambulâncias SBV, SIV, da VMER no aspecto funcional e na gestão de stocks, mediante a realização da *check-list*, a reposição de materiais e

o teste de equipamentos. Todo o material da carga e de *stock* encontra-se devidamente contabilizado e registado num suporte informático específico.

Quase todas as ambulâncias estão equipadas com o saco preto para os resíduos equiparados a urbanos e não sujeitos a tratamento específico do Grupo I e II e com o saco branco para os resíduos de risco biológico do Grupo III, as malas de emergência têm apenas na sua carga sacos de risco biológico, o que por vezes induz ao acondicionamento errado dos lixos não sujeitos a tratamento.

Aquando da passagem pela base da SIV de Amarante, observei a utilização apenas de sacos brancos e que alguns materiais eram depositados neste saco de forma errada. A par desta problemática verifiquei que os lixos eram acondicionados junto do material esterilizado. Reflecti em conjunto com os elementos da equipa de serviço sobre esta má prática, sensibilizando-os para os prejuízos em saúde da incorrecta triagem e acondicionamento dos lixos. A equipa demonstrou interesse nesta problemática, reflectiram e concordaram com as observações efectuadas, mostrando-se de imediato receptiva à mudança, tendo inclusivé adquirido nesse mesmo dia os sacos pretos.

No que respeita aos lixos arrumados junto do material esterilizado, a equipa referiu que se trata de uma situação transitória, uma vez que a base havia mudado de instalação há pouco tempo, e estariam em diligências com o hospital no sentido de resolver este problema.

Facilmente se compreende que ser enfermeiro no Pré-Hospitalar, requer uma capacidade de lidar com situações cruciais com uma velocidade e precisão mais elevados que noutros contextos. Requer competência na integração de informação, construção de julgamentos e estabelecimento de prioridades e de tomada de decisão.

Reforçando a importância do lugar da enfermagem em emergência e tendo em conta a sociedade actual, a enfermagem tem sido conduzida *“a reconstruir a sua actividade e a definir o seu papel perante a restante equipa de profissionais de saúde”*. Consequentemente, espera-se que os enfermeiros *“sejam capazes de assumir a sua função cuidadora e que sejam capazes de forma autónoma ou interdependente tomar as decisões adequadas para as suas intervenções”* (Nunes 2007:8). Ao longo deste módulo de estágio, pude também colaborar com os membros da equipa de saúde, tomando decisões fundamentadas atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais e éticas.

Penso que tão importante com o “saber- fazer” e “saber-saber” é o “saber-ser”, no sentido que os enfermeiros devem desenvolver um trabalho em equipa eficaz, aspecto que me parece de extrema importância no Pré-Hospitalar. O processo de tomada de decisão *“ (...) pode ser mais efectivo quando ocorre o trabalho em equipa em que todas as opiniões são escutadas e analisadas em conjunto sendo possível obter um consenso em que se toma a melhor opção. (...) ”* (Nunes, 2007:9).

O Código de Ética dos Profissionais do INEM, também referencia que *“os colaboradores devem desenvolver um trabalho de equipa eficaz, com bom relacionamento, respeito por cada um e partilha de conhecimentos”* (INEM, 2008:1).

Fui-me adaptando ao método de trabalho das equipas, colaborando na estabilização do doente emergente com eficácia, sabedoria e consciência e apresentando capacidade de trabalhar em equipa, na medida em que nas situações de emergência impõe-se a necessidade de coordenação e co-responsabilização na tomada de decisão. Saliento que acompanhei o “*team leader*”, nas SIV, na figura do enfermeiro, colaborando com o mesmo na liderança de equipas de prestação de cuidados especializados na área da EEMC. Assim, adoptei uma postura exemplar, colaborando na distribuição de recursos disponíveis, tendo em conta que a realidade podia ser rapidamente alterada demonstrando, entre outras, rapidez de raciocínio e flexibilidade. Para além dos conhecimentos e conteúdos que pesquisei e reflecti, mantive-me actualizada sobre novas *guidelines*, procedimentos e equipamentos de forma a ser influenciadora de mudança positiva. Quando necessário alertei sobre posturas e procedimentos menos correctos perspectivando a optimização dos cuidados prestados.

Consultar o manual de integração de novos profissionais, tinha sido uma das actividades que me propus realizar, tal não foi possível, uma vez que no INEM não existe propriamente um Manual de Integração dos Enfermeiros ou Estagiários, o documento guia é o Regulamento de Estágios em Meios INEM/CODU. No decurso do estágio, consultei os manuais, protocolos e procedimentos específicos de cada meio.

Objectivo Específico

- Criar e manter ambiente terapêutico seguro.

Actividades desenvolvidas/ Competências adquiridas

A exigência de cuidados aos doentes implica que se garanta a segurança dos procedimentos de enfermagem e se zele também, pelos cuidados prestados por outros elementos nomeadamente no que diz respeito às tarefas delegadas, assim conduzi sempre a minha praxis, zelando pelos cuidados prestados na área de EEMC. Este aspecto necessitou que durante toda a prática de enfermagem, tivesse o cuidado de prestar cuidados promovendo ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção, utilizando normas e procedimentos instituídos nos serviços/meios, adequados e em conformidade com normas instituídas, bem como, com as *guidelines* internacionais, no que se refere à gestão de risco, implementação de programas de melhoria contínua, prevenção de riscos ambientais, participação dos incidentes, redução da probabilidade de ocorrência de erro humano, no controle de infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS), entre outros.

A prestação de cuidados de saúde, quer em meio hospitalar ou extra hospitalar pode originar a transmissão de infecções, denominadas IACS. Se por um lado se prolonga a sobrevida de doentes, por outro verifica-se que, estes se tornam vulneráveis a múltiplas infecções que podem adquirir nos locais onde decorrem os cuidados, sobretudo no que concerne ao recurso a procedimentos invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora (DGS, 2007:6). De acordo com a mesma entidade, citando dados da Organização Mundial de Saúde, um em cada quatro doentes internados numa UCI tem um risco acrescido de adquirir uma Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.

Sabendo-se ainda, que esta estimativa pode duplicar nos países menos desenvolvidos, relativamente a Portugal, o último inquérito nacional de prevalência, realizado em Maio de 2003, envolvendo 67 hospitais e 16373 doentes, identificou uma prevalência de 8,4% de doentes com IACS e uma prevalência de 22,7% de doentes com infecção adquirida na comunidade (taxas semelhantes à maioria dos estudos internacionais) (DGS- Comissão para a Formulação do Programa Nacional de Prevenção das Infecções Nosocomiais, 2006).

No decorrer do estágio na UCICT, na prestação dos cuidados por mim efectuados em equipa, verifiquei um cuidado constante na aplicação das medidas instituídas pela Comissão de Controlo de Infecção do HSJ, seguindo as normas e instruções emanadas pelo Ministério da Saúde (DGS- Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde 2007).

Relativamente à PAV a lavagem das mãos, o isolamento da fonte de infecção e o uso de técnica asséptica nos procedimentos invasivos, esteve sempre presente quer nos meus procedimentos, bem como na restante equipa, de facto foram inúmeras as vezes em que tive a oportunidade de intervir e observar, nomeadamente aquando da visita dos familiares o cuidado a ter, instruindo as mesmas da necessidade da lavagem das mãos, bem como o uso de Equipamento de Protecção Individual, o que de maneira geral era bem acolhido, elevando assim o nível e dando visibilidade dos cuidados de enfermagem efectuados. Na prevenção da PAV, mantive o doente em decúbito elevado acima de 30º, procedi à lavagem da boca com solução anti-séptica pré-aspiração, manipulei-o delicadamente, desinsuflei o balão pneumático periodicamente, somente em doentes conscientes, visando eliminar secreções respiratórias altas. Ao reflectir sobre estas práticas, compreendi a importância de prestar cuidados de enfermagem baseados na evidência e do rigor dos procedimentos no doente crítico, pois toda a prática de cuidados da UCICT, é fundamentada nas recomendações do Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde e demais publicações científicas, no sentido de maximizar a intervenção na prevenção e controlo da Infecção perante a Pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e às necessidades de respostas em tempo útil e adequadas.

Na UCICT os doentes são submetidos a grandes concentrações de aminas, por vezes aumentam a concentração em oito vezes em relação à dosagem habitual. Porque a minha prática diária raramente contempla este tipo de terapêutica, fui com particular atenção que a preparei, a rotulei devidamente e que a administrei numa lógica de reduzir a probabilidade de ocorrência de erro e consequentemente prevenir riscos para o doente.

Com frequência, o profissional que trabalha no Pré-Hospitalar, tem que assumir algum grau de risco pessoal ao cuidar de doentes agitados, não cooperantes, que recusam ser tratados ou que são portadores de doenças infecto-contagiosas, tem que lidar com desafios sociais e psiquiátricos, transporte de doentes nas ambulâncias em cabinas fechadas, pequenas e mal arejadas, pelo que as equipas estão sujeitas ao risco de doenças infecciosas. Lazear (2001:147) salienta que este risco *“é elevado durante a prestação de cuidados pré-*

hospitales, pelo que se deve usar sempre protecção". Alerta ainda para o facto da incidência de infecção por tuberculose estar aumentando, devendo o pessoal reduzir os seus riscos de exposição. Também devem ser reduzidos *"os riscos de exposição a doenças infecciosas para os outros prestadores de cuidados de emergência, mediante manipulação cuidadosa de feridas e pensos, bem como de agulhas e outro equipamento descartável"*.

Ao longo do estágio desenvolvi momentos de reflexão crítica face às intervenções levadas a cabo pelos profissionais e numa perspectiva de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, detectei algumas práticas menos correctas no que respeita à prevenção e controlo das IACS. Neste sentido, conduzi sempre a minha praxis, zelando pelos cuidados prestados, adoptando as normas de segurança e de prevenção e controlo de infecção, cumprindo as precauções padrão, incentivando as equipas a adoptarem estas medidas, principalmente no que refere ao uso de máscara, à lavagem/ desinfecção das mãos, no sentido de minimizar os riscos profissionais ao qual estão sujeitos, bem como minimizar os riscos dos doentes.

Julgo que de uma forma geral, se exerce uma boa prática de enfermagem no que concerne ao objectivo acima traçado, pois na sociedade em que vivemos a má prática e as decisões que conduziram a essa má prática são cada vez mais questionadas e menos aceites.

1.4 DOMÍNIO DA FORMAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL

OBJECTIVO GERAL

Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área de Especialidade em EMC.

Objectivo Específico

- Aplicar conhecimentos adquiridos durante o percurso profissional na prestação de cuidados ao doente crítico, integrando conhecimentos adquiridos durante a fase teórica do curso e aprofundando conhecimentos técnico-científicos no âmbito da EEMC.

Actividades desenvolvidas/ Competências adquiridas

Para aquisição de competências considera-se indissociável a componente teórica e a prática. Nunes (2002:1) diz que *"...através da experiência e da formação, os enfermeiros desenvolvem atitudes, crenças, conhecimentos e habilidades que, quando integrados em padrões morais e legais, caracterizam uma prática profissional envolvida e competente"*. Neste sentido, conduzi a prática aplicando os conhecimentos adquiridos durante o percurso profissional, fase teórica do curso de EEMC e adquirindo e aprofundando conhecimentos técnico-científicos relacionados com a EMC.

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística. Também Hesbeen (2000:19), afirma que *" os saberes mobilizados no contexto*

da profissão de enfermagem, são fruto da mobilização teórica e prática de uma multiplicidade de conhecimentos especializados”

Facilmente reconheci que na prestação de cuidados ao doente crítico e /ou com falência orgânica ou multiorgânica, necessitei de um saber actualizado e especializado, que me permitissem a aquisição/ desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e científicas específicas no âmbito da EMC.

Neste sentido, inicialmente comecei por observar e colaborar nos cuidados menos diferenciados, para após realizar todas as técnicas e procedimentos mais comuns na área da EMC, gerindo e interpretando, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e da minha formação pós-graduada, sempre com supervisão do enfermeiro tutor. Por fim, já com alguma autonomia, concebi e produzi cuidados de elevada qualidade, tendo em conta a prevenção de complicações e o seu despiste precoce, executando as intervenções de enfermagem de acordo com o diagnóstico proveniente da vigilância intensiva, gerindo os sinais e sintomas, comunicando atempadamente possíveis complicações. Deste modo, fui avaliando a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao doente, segundo uma perspectiva profissional avançada.

Face às dúvidas e às necessidades sentidas, procedi a pesquisa bibliográfica que se mostrou pertinente, com vista a demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC.

Sendo o foco da disciplina de Enfermagem o diagnóstico e assistência em face das respostas humanas às transições vividas em contexto de doença, e estando perante um cenário em que os casos de stress e incerteza perante o doente em estado crítico, revelam uma diversidade de necessidades por parte do doente e família, senti a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre esta matéria, para tal aprofundei conhecimentos técnico-científicos recorrendo a bibliografia na área da EMC, para melhor conduzir ao meu percurso num serviço de elevada complexidade como é o SU. Assim no decorrer deste estágio, pesquisei sobre: a estrutura e organização de Serviços de Urgência; cuidados de enfermagem ao doente crítico; técnicas de imobilização e transferência do doente politraumatizado; vias verdes (AVC, EAM, Sépsis e trauma); normas de boa prática em trauma; mecanismos e estratégias no controle da dor; comunicação com o doente e família; fisiopatologia; farmacologia; ventilação invasiva e não invasiva.

Na UCICT, saliento a pesquisa sobre a estrutura e organização de UCI's; a comunicação com o doente sedado; as necessidades das famílias de doentes internados em UCI' s; os cuidados de enfermagem ao doente crítico que apresenta: Biopump, Berlin Heart, Balão Intra Aórtico, ventilação invasiva com Oxigénio ou Óxido Nítrico, monitorização invasiva: Pressão Venosa Central, Pressão Arterial, Pressão da Artéria Pulmonar (catéter Swan Ganz), técnicas de substituição da função renal; fisiopatologia sobre: doença coronária, doença valvular; farmacologia usada na UCICT; interpretação electrocárdiográfica e gasimétrica; cuidados com doentes portadores de Pace Maker (definitivo e/ou temporário).

Mediante as oportunidades surgidas, pude também contar com a colaboração de outros elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente equipa médica, a qual me proporcionou momentos de aprendizagem mais específicos. Saliento a oportunidade que me foi dada de assistir a uma cirurgia de revascularização do miocárdio, na qual pude contar com um cirurgião, que me explicou passo a passo, toda a cirurgia. Esta experiência revelou-se bastante gratificante e enriquecedora, pois é diferente ver um determinado procedimento *in loco*, e “ver” o mesmo procedimento apenas na bibliografia. Notei que após a passagem pelo bloco, as minhas explicações junto do doente/ família, eram mais reais e fundamentadas. Esta oportunidade revelou-se marcante, no que respeita à satisfação pessoal e profissional.

No Pré-Hospitalar, saliento algumas das pesquisas bibliográficas que considerei pertinentes: organização e dinâmica do Sistema Integrado de Emergência Médica e INEM, abordagem ao doente crítico na emergência pré-hospitalar incluindo emergências médicas, obstétricas e pediátricas; PCR (incluindo SBV e SAV); abordagem ao politraumatizado (incluindo técnicas de extracção e imobilização); acesso intra-ósseo; actuação em situações de excepção.

As pesquisas bibliográficas revelaram-se de grande importância, não só a nível de estágio, mas também ao longo de toda a minha vida profissional. O enfermeiro que possui alguma dúvida tem por obrigação realizar pesquisa de informação científica relevante, baseada na evidência, para que a falta de conhecimentos inerente seja dissipada, de modo a que, quando for questionado seja capaz de produzir um discurso pessoal fundamentado.

OBJECTIVO GERAL

Ser capaz de comunicar as minhas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Objectivo Específico

- Desenvolver atitudes comunicacionais com a equipa multidisciplinar, sobre os diferentes procedimentos da prática.

Actividades desenvolvidas/ Competências adquiridas

A essência da enfermagem e sua principal arma terapêutica, é a relação interpessoal (enfermeiro, doente, família, outros profissionais), em que cada um possui crenças, valores e desejos de natureza individual, fruto das experiências que vivem e desenvolvem (influenciados pelas diferentes condições ambientais). Como afirma Vieira (2009:128) *“Hoje, a enfermagem é uma profissão com formação científica e uma prática de expressão humanista (...)”*

A relação com a equipa multidisciplinar do SU, estabeleceu-se numa base de respeito e cumplicidade no trabalho, tendo por vezes necessidade de adoptar estratégias, no sentido de me adaptar a algumas personalidades e categorias dos profissionais, sempre com o intuito de prestar um melhor atendimento ao doente e consequente melhoria dos cuidados prestados.

Durante o estágio, pude verificar que no SU a prestação de cuidados ao doente neste contexto exige de facto, uma prática interdisciplinar efectiva. Essa interdisciplinaridade é facilmente observável nas diferentes áreas funcionais do serviço, onde necessariamente há trabalho em colaboração entre médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e outros profissionais, sendo este um aspecto que assume grande importância na avaliação, diagnóstico e tratamento rápido e adequado ao doente. Neste contexto, Nunes (2007) afirma que a maioria das intervenções executadas pelos enfermeiros nos serviços de urgência é do domínio interdependente, responsabilizando-se, assim, o enfermeiro pela implementação das prescrições de outros.

Ao longo do estágio comuniquei eficazmente, utilizando uma linguagem técnico-científica, assumindo atitudes comunicacionais facilitadoras do diálogo com a equipa multidisciplinar. Partilhei os conhecimentos adquiridos no decorrer da minha prática profissional com a enfermeira tutora e outros enfermeiros sempre que solicitado e oportuno, por exemplo no que se refere à colocação e manipulação de Cateter Venoso Central (CVC), à necessidade de uso de Equipamento de Protecção Individual no que respeita a doentes imunodeprimidos. Esta partilha de conhecimentos permitiu uma prática reflexiva, que ao longo do estágio se mostrou benéfica na actuação da equipa, identificando potenciais erros por défice de conhecimentos e tornando-os evitáveis.

As passagens de turno representaram momentos muito importantes, permitiram melhorar a capacidade de comunicar, analisando situações complexas da nossa prática, essa análise foi feita em contexto real, permitindo desenvolver um espírito crítico-reflexivo e em consenso definir estratégias de actuação, com vista à melhoria contínua dos cuidados. Relativamente a este propósito, a OE assinala que as passagens de turno se apresentam como “ (...) *um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objectivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação*” (OE, 2001:1).

A UCI constitui um espaço e contexto com características particulares que influenciam as equipas de profissionais. Reflectindo, sobre o percurso do estágio na UCICT, saliento a situação que me causou maior stress, e posso dizer que de uma maneira geral causou o mesmo sentimento, à restante equipa multidisciplinar, que foi a “revisão de tórax”. É uma situação de emergência em que há necessidade de efectuar novamente toracotomia o tórax, na sala da UCICT, para despiste de tamponamento cardíaco. A gravidade e instabilidade da situação do doente, requereu uma acção rápida e conjunta entre médicos e enfermeiros, a troca de informações e discussão da situação clínica do doente foi analisada entre todos os elementos da equipa multidisciplinar no final do procedimento, onde foram discutidos os aspectos que decorreram bem e outros que foram passíveis de ser optimizados.

Considero, que mesmo perante esta situação, consegui manter a calma e colaborar com a equipa, dentro das minhas possibilidades. As orientações do enfermeiro tutor foram uma mais-valia, mesmo perante a confusão que este tipo de situação gera, procurou

explicar-me a sequência do procedimento e orientar-me quanto à minha colaboração. Desta forma, embora tivesse sido uma experiência nova para mim, e como tal geradora de um pouco de insegurança, senti-me satisfeita por conseguir gerir o stress, as emoções e por sentir que dei o meu contributo à equipa.

Posso dizer que de um modo geral, o estágio se tornou uma surpresa extremamente agradável. Foi um serviço que me trouxe uma nova perspectiva de exercer enfermagem na vertente do trabalho em equipa multidisciplinar. A relação/comunicação entre mim e os profissionais integrantes da unidade foi real e eficaz, a informação fez-se passar, permitindo-me comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto à restante equipa multidisciplinar. O resultado disto, foi o bom ambiente dentro do serviço, assim como, uma acção terapêutica mais eficaz, e consequente, qualidade dos cuidados por mim prestados, proporcionando “ (...) *benefícios essenciais para a saúde da população* (...)”. OE, (2007:10), que é um dos objectivos do enfermeiro especialista.

Os enfermeiros do PH estão inseridos em equipas nos diferentes meios, sendo os cuidados de enfermagem proporcionados em complementaridade com profissionais de saúde a nível hospitalar. A recepção das vítimas e das equipas do INEM, pela equipa hospitalar foi adequada, notou-se que havia bastante familiaridade no relacionamento de ambas as equipas, julgo ser muito importante esta interacção, pois permite a continuidade de cuidados, a satisfação do doente, família e dos próprios profissionais de saúde. Pode transmitir informações aos colegas responsáveis pela triagem das respectivas urgências e senti particular satisfação, ao observar que todas as informações que transmitia acerca do doente eram ouvidas e valorizadas pela maioria dos colegas.

Durante o estágio na ambulância SBV- Porto 2, comprovei a abertura dos Técnicos de Ambulância e Emergência à aprendizagem. Em várias situações de doentes com patologias específicas aceitaram o meu aconselhamento de forma a otimizar a actuação. A necessidade de minimizar o débito de oxigénio em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica e medidas básicas como sejam o posicionamento em Fowler e oxigenoterapia que podem diminuir a evolução, por exemplo para edema agudo do pulmão sem apoio diferenciado, foram alguns dos exemplos em que pude transmitir aspectos complexos.

Apesar do número, por vezes, elevado de saídas por turno tal não inviabiliza que após cada saída não se analise a última, estes debates eram realizadas durante o regresso à base, neles se falava um pouco de tudo, desde o que poderíamos de alguma forma ser melhorado durante a actuação, se seria possível efectuar algo mais e até se poderiam ser accionados outros meios. Estes momentos permitem algum relaxamento por parte das equipas e até são aconselhados pela equipa de psicólogos do INEM.

Nas ambulâncias SIV e na VMER, verifiquei que a passagem de turno entre enfermeiros é realizada com pontualidade e na respectiva base. As faltas e as anomalias detectadas na *check-list* da viatura e equipamentos são registadas em folha própria para o efeito e comunicadas em passagem de turno, verificando-se que a equipa faz diligências junto da logística para a sua rápida normalização. Antes da passagem de turno, observou-se que os

equipamentos são limpos e as faltas repostas, tendo demonstrado atitude participativa na manutenção do material e da viatura.

Objectivo Específico

- Diagnosticar necessidades de formação e efectuar formação em serviço.

Actividades desenvolvidas/ Competências adquiridas

Na actualidade a evidência está em constante mudança levando a uma evolução e inovação da enfermagem. Neste contexto, a formação permanente assume um papel determinante, tendo em vista a excelência na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente, e consequentes ganhos em saúde.

Sendo a formação um processo contínuo e dinâmico que deve acompanhar o indivíduo/profissional ao longo da sua existência, ela permite desenvolver, entre outras, a capacidade de escuta e de tolerância, qualidades indispensáveis na abordagem dos doentes, dos que lhe são próximos e até de outros profissionais de saúde intervenientes. A formação constituiu-se também como um processo de partilha de saberes, experiências e práticas, que deve acompanhar o desempenho profissional e académico do indivíduo e que permitirá uma maior facilidade num processo de mudança, quando esta se torna necessária, na medida em que promove atitudes e/ou comportamentos reflexivos.

Na actual carreira de Enfermagem, no DL n.º 247 de 22 de Setembro (2009:6759), está explícito que é função do enfermeiro “ *Desenvolver e colaborar na formação realizada na respectiva organização interna (...)* ”. Neste sentido, ao longo do estágio no SU detectei algumas necessidades de formação em serviço, uma das quais se prendia com o manuseamento de CVC. Verifiquei que o médico aquando da colocação do CVC usou convenientemente todo o Equipamento de Protecção Individual e efectuou a técnica asséptica rigorosa, no entanto, o mesmo não se verificou quando o enfermeiro fez o penso, não tendo a preocupação de colocar máscara, descorando a protecção adequada das extremidades dos ramos do CVC. Tendo na minha prática diária que já conta com 12 anos numa Unidade de Hemodiálise/ Unidade de transplantes renais, onde diariamente abordo CVC de uma forma metódica, rigorosa e baseada na evidência, percebi que poderia trazer contributos à equipa efectuando a formação nesta área. Sugeri uma acção de formação sobre o manuseamento de CVC, mas foi referido que já outro grupo de estagiários estava a trabalhar este tema. Ficou, no entanto, o compromisso de fazer sessões informais sobre a temática, aos elementos da equipa.

A formação deve ser dirigida em contexto de trabalho e tendo na prática quotidiano o ponto de partida para a reflexão que leve a um acréscimo do saber profissional. Sendo uma das competências do enfermeiro especialista actuar “ (...) *como formador oportuno em contexto de trabalho (...)* ” (OE, 2009:20).

Na UCICT entendi, em conjunto com o meu tutor e após levantamento das necessidades formativas, que era ajustado a realização da formação subordinada ao tema “SLEDD uma realidade na UCI”, uma vez que a técnica foi implementada na UCICT há

escassos meses, os enfermeiros ainda revelam algumas dificuldades e pareceu-nos que era uma mais-valia, aproveitar a minha experiência de muitos anos a lidar com esta técnica dialítica, no que respeita não só à formação de teor mais teórico, mas através de formação na prática, enquanto o doente era sujeito à técnica dialítica. Deste modo comuniquei os resultados da minha prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas.

Na sequência da formação acima mencionada, efectuei um plano da sessão formativa, onde refiro os objectivos da formação, conteúdos abordados e metodologia utilizada, os diapositivos que serviram de apoio à formação, onde faço referência às características, vantagens e recursos adjacentes à técnica, bem como, a importância da optimização da mesma através da coordenação eficaz entre a equipa interdisciplinar, e por fim, uma contextualização teórica sobre o tema, não esquecendo de enfatizar a importância da formação em enfermagem (Anexo VI).

Ao identificar as necessidades formativas e ao promover a formação em serviço na área da EEMC, dei-me conta que a formação em enfermagem tem um papel primordial e fundamental para o desenvolvimento teórico e prático, estimulando a autonomia, o pensamento crítico e a responsabilidade, conduzindo desta forma a alterações permanentes e consistentes na prática do cuidar, potenciando a qualidade dos cuidados por mim prestados assim como da restante equipa.

A formação é uma necessidade contínua dos profissionais de emergência, que requer um programa dinâmico e ininterrupto, deste modo, o INEM tem reestruturado os conteúdos dos cursos, bem como a sua oferta formativa, de modo a corresponder à evolução das técnicas que necessitam de ser novamente apreendidas, uma vez que se torna necessário actualizar conhecimentos adquiridos, além das estratégias formativas sofrerem alterações. Além do que, ao longo dos anos," (...) *todos aqueles que interagem no meio da emergência defrontam-se com a crescente exigência na prestação de cuidados, sendo a aquisição de novas competências e a definição de funções, um aspecto essencial*" (Mateus, 2007:149).

Neste âmbito foi-me proposta pela enfermeira tutora, uma formação conjunta com 2 colegas do curso de EEMC, com a intenção de abordar uma temática relacionada com a nossa prática diária de longos anos no serviço de Nefrologia do H.S.J.

A doença renal crónica, cuja prevalência é elevada em todo o mundo, é um importante problema de saúde pública, em várias situações fomos accionados para doentes do foro renal, no Pré-Hospitalar. A evolução nestes doentes pode ser desfavorável e complicações como doenças cardiovasculares e morte prematura são frequentemente observadas, motivos que nos levaram a efectuar a acção de formação subordinada ao tema " Emergências Associadas ao Insuficiente Renal no Pré Hospitalar".

Foram objectivos desta acção formativa:

- Tecer algumas considerações sobre Insuficiência Renal;
- Identificar a actuação perante a vítima com Distúrbios Hidro-electrolíticos;
- Reconhecer a actuação perante a vítima em Edema Agudo do Pulmão;
- Especificar procedimentos perante a vítima com Hipotensão;

- Conhecer as particularidades da vítima com acesso vascular para Hemodiálise;
- Analisar o procedimento perante o Insuficiente renal Crónico em Choque Séptico.

Na sequência da formação acima mencionada, efectuei um plano da sessão formativa, onde faço referência aos objectivos da formação, conteúdos abordados e metodologia utilizada e apresento os diapositivos que serviram de apoio à formação (Anexo VII).

A exposição teve lugar na sede da Delegação Norte do INEM, e foi com particular satisfação que verificamos que o auditório local estava repleto de técnicos de ambulância e emergência e enfermeiros. No final a discussão do tema foi rica em troca de experiências. Deste modo fui comunicando os resultados da minha prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas.

Na minha opinião esta acção de formação foi uma mais-valia para a equipa, pela reflexão da acção, modificando comportamentos, reconstruindo saberes e melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

OBJECTIVO GERAL

Demonstrar competências que me permitam uma aprendizagem ao longo da vida.

Objectivos Pessoais

- Adquirir competências que me permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo autónomo e auto-orientado;
- Desenvolver o auto-conhecimento, através da reflexão crítica da prática dos cuidados.

Actividades desenvolvidas/ Competências adquiridas

Muito da prática do enfermeiro especialista em EMC, implica perspicácia na tomada de decisão, capacidade analítica e científica na recolha de dados e qualidades de reflexão crítica. Ao longo desta minha caminhada, promovi momentos de reflexão crítica sobre a prática dos cuidados de enfermagem observados/ prestados durante o estágio à pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou com falência orgânica ou multiorgânica, no que respeita à prevenção e controlo da infecção ou mesmo situações de catástrofe ou emergência multi-vítima que apesar de não terem sido por mim vivenciadas, foram alvo de reflexão quer de forma individual, quer em partilha com os tutores e/ou restante equipa multidisciplinar, com intuito de perceber em que circunstâncias a minha actuação foi adequada, ou poderia ter sido optimizada. Estive receptiva para aprender temas e assuntos novos ao longo de todo o estágio, neste sentido pesquisei de forma contínua e autónoma informação pertinente, acerca da área da EMC.

Apraz-me dizer que a minha motivação, interesse e desejo de aprendizagem, assente numa responsabilização activa e na capacidade crítico reflexiva permitiu-me desenvolver competências que traduzem uma aprendizagem de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo, dando-me ferramentas que considero que conduziram de forma contínua o meu processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional, garantindo

alterações permanentes e consistentes na minha prática do cuidar, com consequente aumento da sua qualidade.

Sendo minha convicção que o crescimento profissional só é possível quando a formação é reflexo das interrogações que colocamos à nossa prática, rentabilizei ao máximo as oportunidades de aprendizagem aproveitando as mais diversas experiências. Participei activamente em momentos de reflexão conjunta, durante as passagens de turno, através de debates entre os elementos das equipas de forma a proceder à troca de experiências e conhecimentos resultantes da prática profissional, com a discussão de casos clínicos eventualmente susceptíveis de divergência de opinião, atendendo aos princípios éticos e deontológicos da profissão. Assumi a reflexão como forma de melhorar a prática de enfermagem, mais especificamente quanto à qualidade dos cuidados prestados.

Ao enfermeiro exige-se uma prestação de cuidados competente e humanizada, fundamentada no cuidar, suprimindo as reais necessidades dos doentes e família, através da troca de ideias e análise de situações problema existentes no serviço. Perante situações-problema detectadas, era comum a prática de conversas informais e formais que pudessem otimizar os cuidados procurando um esforço conjunto na prestação de cuidados de qualidade, aumentando a satisfação dos intervenientes. Assim, apliquei na prática os meus conhecimentos da área de especialização ao formular e analisar questões/ problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma e sistemática, promovendo momentos de reflexão crítica.

Porque penso que a capacidade de auto-conhecimento, é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, procurei assentar os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, pessoal) válidos, actuais e pertinentes, permitindo-me incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.

Confesso que, mesmo com o apoio que a equipa sempre me deu do ponto de vista técnico e teórico, senti sempre necessidade de pesquisar mais, de procurar descobrir um pouco mais sobre a prática que fui desenvolvendo ao longo dos turnos, pois só assim é que poderia basear a minha prática na evidência, assim como desenvolver uma metodologia de resolução de problemas congruente. Cada turno despertava em mim novas questões, novas pesquisas, de forma que com o decorrer do estágio o meu discurso pessoal evoluísse, tornando-se cada vez mais fundamentado, atendendo às diferentes perspectivas sobre os problemas detectados, percebendo as implicações da investigação na prática baseada na evidência.

2. CONCLUSÃO

A Enfermagem que se preconiza, defende uma perspectiva holística do cuidar da pessoa, da concepção até morte. Esta, ao longo do seu ciclo vital necessita de um cuidar adequado a sua circunstância o que implica competências específicas a cada fase da sua etapa de vida. Neste âmbito, o enfermeiro especialista tem um papel predominante, uma vez que é cada vez mais um profissional reflexivo, capaz de mobilizar um corpo de conhecimentos científico, técnico, tecnológico e relacional, baseados na evidência científica, tem em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstra uma enorme capacidade de julgamento clínico e tomada de decisão e tem competências que permitem complementar e coordenar programas de qualidade com a finalidade de gerar ganhos em saúde.

No decorrer dos diferentes módulos de estágio, cuidei da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, revelei capacidade de reacção, responsabilidade e discernimento perante situações novas e complexas, tendo em conta a prevenção de complicações e o seu despiste precoce, executando as intervenções de enfermagem de acordo com o diagnóstico proveniente da vigilância, gerindo os sinais e sintomas e comunicando atempadamente possíveis complicações, desenvolvendo assim uma metodologia eficaz na assistência ao doente/família, segundo uma perspectiva profissional avançada, gerando ganhos em saúde, pela concepção e produção de cuidados de elevada qualidade.

Na prática dos cuidados, pautei-me por um exercício profissional seguro e ético, respeitando sempre os direitos humanos, fui de encontro às necessidades do doente/ família que cuidei, usando os mesmos como parceiros dos cuidados. Tive um cuidado constante na aplicação das precauções padrão, instituídas pela Comissão de Controle de Infecção dos diferentes serviços, seguindo as normas e instruções imanadas pelo Ministério da Saúde no que concerne ao Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Tendo por base estas recomendações, conduzi sempre a minha praxis zelando pelos cuidados prestados, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos mesmos.

Face à particularidade do doente em situação crítica, aperfeiçoei técnicas de comunicação que permitiram a optimização da prestação de cuidados de qualidade ao doente e família, respondendo às questões colocadas de forma segura, com linguagem adequada ao nível sociocultural e estado emocional, com o intuito de esclarecer e minimizar a ansiedade do doente e família mostrando iniciativa e criatividade na procura de soluções dos problemas detectados. Comuniquei também aspectos complexos de âmbito profissional e académico, através de sessões informais de educação para a saúde, incentivando a mudança de estilos de vida prejudiciais, potenciando a qualidade de vida, gerando ganhos em saúde.

Desenvolvi capacidade de trabalhar, de forma adequada com a equipa multidisciplinar, promovendo um ambiente positivo e favorável à prática, mantendo relações de trabalho construtivas e satisfatórias reconhecendo as funções e papel de cada elemento, com enfoque no papel do enfermeiro especialista.

Ao longo do estágio demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, nesse sentido optimizei vários momentos de cariz formal e informal, onde foi possível o intercâmbio de ideias e experiências através das quais foi possível otimizar os cuidados e recursos com vista a melhoria da sua qualidade.

Colaborei na prestação cuidados de enfermagem diferenciados na área da EMC motivando, orientando e supervisionando exercício profissional dos colegas e assistentes operacionais, estando convicta de ter sido veículo de mudança ao nível dos cuidados ao doente crítico e família.

No domínio da gestão em enfermagem, prestei cuidados de uma forma adequada, dirigida e especializada, não esquecendo de fazer uso dos recursos de forma eficaz e eficiente, adequando-os sempre às necessidades, combatendo o desperdício. Adoptei uma metodologia de trabalho baseada em protocolos e procedimentos definidos respeitando as recomendações nacionais, com a consciência de que as necessidades em cuidados de saúde são cada vez mais complexas. Colaborei na gestão apropriada de recursos humanos e de informação, tendo como objectivo o bom funcionamento dos serviços. Acredito ter adquirido/desenvolvido competências que demonstrem ser uma mais-valia no meu percurso profissional ao nível da gestão.

Tendo por base indicações da DGS na implementação da Via Verde de Trauma em todo o universo dos serviços de urgência até ao final do corrente ano e perspectivando o desempenho de um papel dinamizador no desenvolvimento de estratégias no SU do HSS, elaborei a *“Norma da Via Verde de Trauma”*. Partindo da reflexão sobre a conduta que o enfermeiro deve ter no atendimento ao doente, vítima de trauma, pretendi com este trabalho demonstrar capacidade de reflectir sobre um problema identificado na prática, e através de uma análise académica avançada alicerçada em evidências e recomendações de peritos na área da traumatologia, contribuir para a melhoria das práticas. Esta norma foi apresentada à equipa de enfermagem sensibilizando-a para o tema e disponibilizada aos responsáveis de serviço para posterior análise e ratificação, visando a sua implementação.

A formação de enfermeiros numa perspectiva da formação permanente é um factor estratégico de mudança. Na UCICT foi recentemente implementada a técnica dialítica-SLEDD, no decorrer da prática, percepcionei que os enfermeiros ainda revelavam algumas dificuldades, nomeadamente no apoio aos alarmes. Aproveitando a minha longa experiência com esta técnica, efectuei formação subordinada ao tema *“SLEDD uma realidade na UCI”*, de carácter teórico, mas também de ordem prática no decurso da técnica dialítica.

A doença renal crónica, cuja prevalência é elevada em todo o mundo, é um importante problema de saúde pública. A evolução nestes doentes pode ser desfavorável e complicações como doenças cardiovasculares e morte prematura são frequentemente observadas. No Pré-

Hospitalar, em várias situações fomos accionados para doentes do foro renal, motivo pelo qual fomos solicitados (eu e 2 colegas do curso), pela enfermeira tutora, a efectuar uma acção de formação subordinada ao tema “ Emergências Associadas ao Insuficiente Renal no Pré Hospitalar”, foi com particular satisfação que nos dedicamos a esta temática, uma vez que frequentemente recebemos, no nosso local de trabalho, Insuficientes Renais Crónicos encaminhados do PH admitidos em situações de emergência. Deste modo foi possível desenvolver a capacidade de comunicar os resultados da nossa prática clínica e de investigação a audiências especializadas.

Ao efectuar as acções formativas descritas anteriormente, acredito ter dado contributo positivo permitindo estimular a autonomia, o pensamento crítico e a responsabilidade, conduzindo a alterações permanentes e consistentes na prática do cuidar, potenciando a qualidade dos cuidados e consequentemente ganhos em saúde.

As aulas teórico-práticas que precederam o estágio foram cruciais para ultrapassar e responder em tempo útil às situações que se apresentaram, de modo a prestar cuidados específicos ao doente crítico e sua família, no entanto quando ainda persistiam dúvidas e incertezas procurei ajuda junto dos meus tutores e restante equipa multidisciplinar, igualmente procedi a revisões bibliográficas, baseadas em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) validos, actuais e pertinentes, dando-me assim um contributo positivo na minha aprendizagem.

De uma forma global e face às linhas orientadoras da Unidade Curricular Estágio, foram atingidos os objectivos a que me propus e considero ter adquirido/desenvolvido as competências definidas, para este facto muito contribuiu o acolhimento e disponibilidade por parte dos tutores, que criaram um ambiente propício para que eu me sentisse parte integrante da equipa, bem como, a disponibilidade e indicações fornecidas pela orientadora. Estes contributos revelaram-se fundamentais para o meu crescimento pessoal profissional.

Após todo este percurso, estou motivada para aperfeiçoar e continuar a desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados numa área tão abrangente como é a da Médico-Cirúrgica, o que implica um conhecimento aprofundado e reflectido no serviço entre os meus pares, junto ao doente/família e população em geral.

Finalizada esta etapa da minha vida, apraz-me dizer que este projecto exigiu um esforço adicional para conciliar a actividade profissional, a vida pessoal e a actividade académica. Embora o cansaço físico, por vezes, tenha sido difícil de contornar foi um desafio que levei a bom porto através do meu total envolvimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- * Almeida, M. A. 2002. Competências e o processo de ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem: concepções de docentes e discentes. Universidade Católica do Rio grande do Sul, consultado 15/11/10, disponível <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/1791>.
- * Amaro H.J.F. 2008. Vulnerabilidade ao stresse em profissionais de emergência médica pré-hospitalar. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, vol1, nº16:62-70.
- * Assembleia da República - Lei N.º33/09, sobre o direito ao acompanhamento dos utentes no SU «D.R. I Série». 134 (99-07-14) 4467.
- * Ballone, G. J. 2003. Suicídio na adolescência, consultado a 6/01/11, disponível em PsiquWeb: psiquiatria geral, em <http://www.virtualpsy.org/infantil/suicidio.htm>.
- * Barreto, S. et al. 2001. Rotinas em Terapia Intensiva, 3ª Edição. Artmed Editora, Porto Alegre.
- * Benner, P. 2005. De Iniciado a Perito: Excelência e Poder da Prática Clínica de Enfermagem, 2ª edição. Quarteto, Coimbra, 262 p.
- * Carmo L.F.M. 2010. Relatório de estágio da unidade curricular de Emergência Médica. Mestrado integrado em Medicina- FMUP: Porto.
- * Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, consultado a 01/03/11, disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/direitos+deveres/direitosdeveresdoente.htm>.
- * Catarino, L. 2004. Aprender a Pensar. *Revista Referência* nº1: 45-48.
- * Convenção Europeia dos Direitos do Homem, decretada pela Assembleia da República-Lei Nº1º 65/78 «D.R.I Série» Nº 236 de 13 De Outubro.
- * Corrêa, H., & Barrero, S. P. 2006. Suicídio: uma morte evitável, Atheneu, São Paulo.
- * Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, Universidade Católica Portuguesa. 2010. Aulas leccionadas pela Professora Isabel Rabiais, na disciplina de EMC II Mód. I, 2º semestre.
- * Dália M, Maria J.F. 2007- A perturbação pós-stress traumático nos socorristas de emergência pré-hospitalar: influência do sentido interno de coerência e da personalidade. *Rev. Psicologia, Saúde & Doenças*, nº8 vol.1: 95-108.
- * Day, L. 2006. Family Involvement in Critical Care: Shortcomings of a Utilitarian Justification. *American Journal of Critical Care* Vol. 15, nº 2:223-225.
- * Davidson, J. E. 2009. Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Crit Care Nurse* vol 29, nº 3:30.
- * Declaração Universal dos Direitos do Homem. Adoptada e proclamada pela Assembleia Geral na sua Resolução 217-A (III), de 10 de Dezembro de 1948 e Publicada no «D.R. I Série-A», n.º 57/78 (78/03/09).
- * Deodato, S. 2004. Do dever de sigilo. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, nº 15:49.

- ✱ Deodato, S. 2008. Responsabilidade Profissional em Enfermagem: valoração da sociedade, Gráfica de Coimbra, Coimbra: 96.
- ✱ Direcção Geral de Saúde. 2003. Circular Normativa nº 09/DGCG – A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. DGS, Lisboa, 4p.
- ✱ Direcção Geral de Saúde. 2003. Cuidados Intensivos - Recomendações para o seu desenvolvimento. DGS, Lisboa, 72p.
- ✱ Direcção Geral de Saúde. 2006. Comissão para a Formulação do Programa Nacional de Prevenção das Infecções Nosocomiais.
- ✱ Direcção Geral de Saúde. 2007. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. DGS, Lisboa, 20p.
- ✱ Direcção Geral de Saúde. 2010. Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO – Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. DGS, Lisboa, 26p.
- ✱ Durkheim, E. 2003. O suicídio, Martin Claret, São Paulo.
- ✱ Donnelly E. Siebert D. 2009. Occupational risk factors in the emergency medical services. Prehosp Disaster Med. nº 24, vol5: 422-429.
- ✱ Fernandes, F. & Pinheiro R. 2004. Avaliação da Perturbação de Stresse Pós-Traumático nos Bombeiros Voluntários Portugueses. Revista Técnica e Formativa – Escola Nacional de Bombeiros vol 32: 7-19.
- ✱ Fontes, K. B. Jaques, A. E. 2007. O Papel da Enfermagem Frente ao Monitoramento da Dor como 5 Sinal Vital. Cien Cuid Saude 6 (Suplem.2): 481-487.
- ✱ Fortin, M.F. 2003. O processo de Investigação, da concepção à realização, 3ªed. Lusociência, Loures, p. 74.
- ✱ Freitas, K. S, Kimura, M., Ferreira, K. A. S. L. 2007. Necessidades de familiares de pacientes em unidades de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado. Revista Latino-Americana, nº1, vol.15: 84-92.
- ✱ Hesbeen, W. 2000. Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar, 3ª ed. Lusociência, Loures: 19.
- ✱ Instituto Nacional de Emergência Médica. 2007. Suporte Imediato de Vida. Revista Via Verde para a Vida nº 21:4-5.
- ✱ Instituto Nacional de Emergência Médica. 2008. Código de Ética dos Profissionais do INEM, Conselho Directivo do INEM, 3p.
- ✱ Lazear, S.E. 2001. Transporte aéreo e terrestre. p.147 In: Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática (Sheehy's), Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- ✱ Maruiti, M. R. Galdeano, L. E. 2007. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. Acta Paul Enferm vol.20, nº1:37-43.
- ✱ Mateus, B.A. 2007. Emergência médica pré-hospitalar: que realidade, Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda., Loures, 214p.
- ✱ Meleis, A. I. 2007. Theoretical nursing: development and progress. 4ª ed. Lippincott William & Wilkins, Philadelphia, 781p.

- ✱ Ministério da Justiça - Código Penal Português, artigo 157º, 195º e 196ª, aprovado pelo D.L. nº 48/95 de 15 de Março.
- ✱ Ministério da Saúde - **Lei de Bases da Saúde na sua Lei N.º 48/90, de 24 de Agosto** «D.R. I Série». Nº 195, (Com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro).
- ✱ Ministério da Saúde-Regulamento do Exercício Profissional dos enfermeiros, Decreto-Lei Nº 161/96. «D.R. I Série -A. Nº 205 (96-09-04).
- ✱ Ministério da Saúde - Código Deontológico do Enfermeiro, artigos-81º, 83º, 84º e 85º, Inseridos no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009. «D.R. I Série» de 16 de Setembro.
- ✱ Ministério da Saúde-Carreira de Enfermagem. Decreto-lei N.º 247/2009. «D.R. I Série». 184 (2009-09-22) 6758-6761.
- ✱ Nunes, F.M.F. 2007. Tomada de decisão de enfermagem em emergência. Revista Nursing Ano 17, nº 219: 8-9.
- ✱ Nunes, L. 2002. Competências Morais no Exercício de Enfermagem: Cinco Estrelas. Revista Nursing Ano 14, nº 171: 8-11.
- ✱ Ordem dos Enfermeiros. 2001. "Parecer sobre a passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias", consultado a 31/01/11, disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CJ_20-2001.pdf
- ✱ Ordem dos Enfermeiros - Conselho de Enfermagem. 2003. Divulgar: Competências do Enfermeiro de cuidados gerais, Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 26 p.
- ✱ Ordem dos Enfermeiros. 2007. Individualização das Especialidades em Enfermagem: Fundamentos e proposta de sistema. Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 21p.
- ✱ Ordem dos Enfermeiros. 2007. Orientações relativas às Atribuições dos Enfermeiros no Pré-hospitalar. Enunciado de Posição da Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, 2p.
- ✱ Ordem dos Enfermeiros. 2008. Dor: Guia Orientador De Boa Prática. Cadernos OE, Serie 1, Numero 1. Ordem dos Enfermeiros.
- ✱ Ordem dos Enfermeiros. 2009. Modelo de Desenvolvimento Profissional, Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. 2º caderno temático da ordem dos enfermeiros, Lisboa, 46p.
- ✱ Pereira, M. 2005. Gestão de recursos materiais em enfermagem. Revista Nursing: 27.
- ✱ Pessini, L. 2003. Distanásia: Até quando investir sem agredir? Revista Bio, São Paulo, vol. 4, nº1.
- ✱ Pestana, H. 2007. Tecnologias da informação e comunicação em saúde: Uma possibilidade ou o futuro? Revista Nursing: 12-13.
- ✱ Petronilho, F. A. S. 2006. Preparação do regresso a casa, evolução de saúde do doente dependente no autocuidado e dos conhecimentos e capacidades do membro de família prestador de cuidados, entre o momento da alta e um mês após no domicílio. Tese apresentada no ICBAS - Universidade do Porto, Porto.

- ✱ Phaneuf, M. 2005. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação, Lusociência, Loures, 668 p.
- ✱ Phipps, W. (et al.). 2003. Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica, 6ª ed. Lusociência, Loures, 2670 p.
- ✱ Pinto, C.A.M. (et al.). 2006. Fundamentos de Gestão. Editorial Presença, Lisboa, 316 p.
- ✱ Portugal - Constituição da República Portuguesa, artigo 26º, nº1.
- ✱ Ramos C., Nunes D.2003. Cuidados de Enfermagem ao Doente Ventilado com Óxido Nítrico, Nascer e Crescer. Revista do Hospital de Crianças Maria Pia vol. 12, n.º 4.
- ✱ Ribeiro C (et al.). 2007. A Vida: Uma História com um final feliz? Jornal do Centro de Saúde.
- ✱ Sá-Chaves, I.2000. Formação, competências e conhecimento profissional.p.47 in: Ensino de enfermagem: processos e percursos de formação balanço de um projecto. (Costa, M., Mestrinho, M., Sampaio, M.), Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 39-48.
- ✱ Soares, D. 2004. Fim de Vida: limitação do esforço terapêutico. Revista Nursing. nº 189:16-17.
- ✱ Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Comissão da Competência em Emergência Médica da Ordem dos Médicos.2008. Transporte de Doentes Críticos – Recomendações. Lisboa.
- ✱ Universidade Católica Portuguesa. 2010. Guia de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
- ✱ Urizzi, F., Corrêa, A.2007. Vivências de Familiares em Terapia Intensiva: o Outro Lado da Internação. Revista Latino- Americana de Enfermagem vol. 15, n.º 4.
- ✱ Urizzi, F. et al. 2008. Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. Rev. Bras. Ter. Intensiva vol 20, nº 4:370-375.
- ✱ Vega-Piñero, M. (et al.). 2002. El suicídio. Salud Global, ano II vol.4.
- ✱ Verhaeghe, S. (et al.). 2005. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. J Clin Nurs vol14, nº4: 501-9
- ✱ Vieira, M. 2009. Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência, 2ª ed. Universidade Católica Editora, Lisboa, p.128.
- ✱ Werlang, B.S.G., Borges, V.R., & Fensterseifer, L. 2005. Fatores de risco ou protecção para a presença de ideação suicida na adolescência, Revista Interamericana de Psicologia, Porto Alegre, PUCRS, vol.2, nº39.
- ✱ Zinn G. R. (et al). 2003. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. Revista Latino-Americana de Enfermagem nº3 vol 11: 326-332.

ANEXOS

ANEXO I

Caracterização dos campos de estágio

- A) Serviço de Urgência do Hospital de S. Sebastião
- B) Unidade de Cuidados Intensivos Cardio- Torácicos
- C) Instituto Nacional de Emergência Médica - Delegação Norte

A) SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE S. SEBASTIÃO

O Hospital de São Sebastião (HSS), foi criado em 1996, entrou em funcionamento a 4 de Janeiro de 1999. Foi dotado com um modelo de gestão inovador, o qual define o estatuto jurídico pelo qual a instituição passou a reger-se. Este diploma conferiu, pela primeira vez, a um hospital público, uma natureza empresarial, definição que permitiu a este Hospital organizar-se como uma empresa de serviços, recorrendo aos métodos, técnicas e instrumentos habitualmente utilizadas pelo sector privado, para sua organização e gestão.

Está localizado na cidade de Santa Maria da Feira, no Norte do Distrito de Aveiro além da população deste concelho, o hospital serve ainda toda a população residente nos concelhos de Arouca, Castelo de Paiva, Espinho, Oliveira de Azeméis, Ovar, São João da Madeira e Vale de Cambra.

O Serviço de Urgência (SU) do HSS é um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, sendo o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/ emergência. Cumpre com os requisitos exigidos pela Direcção Geral de Saúde, sendo uma unidade diferenciada de um hospital distrital, dispondo das valências clínicas e serviços de apoio necessários e estando articulado a um nível superior com a Urgência Polivalente do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (CHVNG).

O SU contempla os seguintes sectores: Triagem, Sala de Emergência, designada por RESS, Sala de Pequena Cirurgia (PC), Unidade de Decisão Clínica (UDC), Gabinetes Urgentes (GU), Sala de Observação e Diagnóstico (SOD).

A Triagem no SU é feita segundo o sistema Triagem de Manchester, e este é entendido como mais um passo, no sentido de melhor atender quem recorre a um SU, no qual se exige rapidez, na proporção da gravidade. De uma forma geral e breve podemos dizer que este sistema distingue entre 5 níveis de urgência a que correspondem 5 cores, EMERGENTE - Vermelho (atendimento em 0 minutos), MUITO URGENTE-Laranja (atendimento no máximo 10 min.), URGENTE-Amarelo (atendimento no máximo 60 min.), PADRÃO-Verde (atendimento no máximo 120 min.), NÃO URGENTE-Azul (atendimento no máximo 240 min.) A solução informática traduz esta metodologia num conjunto de ecrãs em que o Enfermeiro vai negando ou aceitando informação até chegar a um discriminador que seja representativo do motivo da ida do doente ao SU, ao qual, por sua vez, corresponde uma prioridade de atendimento. O objectivo desta metodologia não é o de fornecer um diagnóstico mas sim uma prioridade clínica no atendimento dos utentes. Para mim, o sistema de triagem de prioridades revelou-se uma situação nova, e embora tivesse conhecimento da sua existência como prática diária do SU, percebi que é um local onde devemos manter uma atenção constante, muita perspicácia e possuir maturidade profissional. É esperado do Enfermeiro experiência e capacidade para fazer uma avaliação rápida e uma definição correcta da situação de urgência do doente, sem estabelecer diagnósticos. Revelou-se um local difícil de trabalhar, onde o conflito de opiniões de doentes/familiares é grande, impulsionados pelo grau de urgência atribuída, onde se pratica

trabalho em equipa desde o administrativo, ao porteiro, ao assistente operacional, bombeiros, todos têm um papel activo na gestão dos doentes e no alerta das situações realmente graves.

A RESS-sala de emergência, tem características únicas para o ensino em situações de emergência, devido à exposição de um vasto número de problemas clínicos, em que a maioria dos quais colocam em risco a vida do doente. A Sala de Emergência é um espaço físico que se encontra em linha directa com a entrada do Serviço de Emergência, e está preparada para receber e tratar qualquer doente crítico e ou em risco de vida, até dois doentes simultaneamente, tem uma equipa médica e de enfermagem disponível 24 horas/dia, a activação da sala é feita através de um sinal sonoro e é da responsabilidade do Enfermeiro de triagem, dado que esta equipa não está de presença física contínua na sala, pelo que só após a activação é que se desloca ao local. Durante o período de estágio no SU constatei que são diversas as situações que ocorrem diariamente a esta sala, muitas vezes situações limite e onde se fazem todos os esforços para salvar uma vida. Vivenciei situações de politraumatizados, vítimas de acidentes de viação, uma das quais foi helitransportada, devido à gravidade da sua situação clínica, outra das vítimas graves de politrauma, que foi colhida por um comboio. Neste local colaborei com a equipa multidisciplinar em alguns procedimentos invasivos de monitorização, diagnósticos e terapêuticos, bem como transferência de doentes para outras salas do SU, outros serviços (Unidade de Cuidados Intensivos, Bloco Operatório) ou para a realização de exames complementares de diagnóstico, no serviço de Imagiologia.

Na área da Pequena Cirurgia, para além de se dar assistência ao adulto/ idoso, também entram crianças vítimas de situações traumáticas, neste local existem 2 salas de *pequena cirurgia*, onde se suturam pequenos/grandes cortes, se removem corpos estranhos alojados, a *sala de trauma*, que recebe desde simples fracturas até outras situações de trauma mais complexos, como traumatismos crânio-encefálicos e a *sala de ortopedia*, onde o enfermeiro colabora na colocação/remoção de aparelhos gessados, tracções. Nesta área tive oportunidade de receber várias vítimas de acidente de viação/ acidentes de trabalho, em que colaborei com a equipa multidisciplinar, na recepção de doentes em plano duro, no despiste de lesões cervicais, na mobilização e imobilização de vítima de trauma.

A sala da Unidade de Decisão Clínica, é um local onde o doente permanece por um curto período de tempo, até à decisão de o encaminhar para o internamento ou para o domicílio, no entanto a sua permanência nesta sala pode ir até às 24 horas. Este espaço tem capacidade para 17 macas, com individualização entre elas apenas através de cortinas. É ainda composto por 2 salas contíguas, 1 usada para via verde de sépsis, outra para doentes com necessidade de isolamento, por vezes também usada para situações de doentes moribundos, em que se proporciona o acompanhamento de familiares. Nesta sala vivenciei muitas situações clínicas desde as mais graves, como ventre agudos com necessidade cirurgia de emergência, VV coronária com necessidade de transporte secundário, até situações de índole social que só vão para esta sala por se encontrarem acamadas.

Para a sala dos Gabinetes Urgentes, seguem normalmente doentes triados com cores verde ou azul, em que pela menor gravidade do seu estado de doença é permitido um tempo

de espera mais alargado, no entanto pude perceber que mesmo este tipo de doentes é atendido num período de tempo aceitável, muitas vezes até num período bastante inferior ao estipulado como máximo pelo sistema de Triagem Manchester.

Na Sala de Observação e Diagnóstico, entram todos os doentes com quadros abdominais, torácicos, doentes do foro respiratório na sua maioria dispneias, anafilaxia pela sua possibilidade de compromisso respiratório e doentes que já venham referenciados, para serem observados pelas diferentes especialidades clínicas.

B) UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIO-TORÁCIOS DO HOSPITAL DE S. JOÃO

O Hospital de São João (HSJ) é o maior hospital do Norte e o segundo maior do país. É um hospital universitário com uma ligação umbilical à Faculdade de Medicina do Porto que ocupa o mesmo edifício em regime de condomínio. Presta assistência directa à população de parte da cidade do Porto (freguesias do Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar) e concelhos limítrofes. Actua como centro de referência para os distritos do Porto (com excepção dos concelhos de Baião, Amarante e Marco de Canaveses), Braga e Viana do Castelo, abrangendo uma população de cerca de 3 milhões de pessoas. Para muitas especialidades e áreas do saber médico é a última instância no país em termos de diagnóstico e tratamento.

Em 2005, o HSJ passou a Entidade Pública Empresarial (E.P.E.) e encetou um processo de reorganização interna e de investimento em melhores condições hoteleiras para os seus doentes. Este hospital é constituído por um edifício de 11 pisos, 2 dos quais se localizam no subsolo, e por um conjunto satélite de edifícios, dispõe neste momento de uma lotação oficial de 1124 camas e várias especialidades médicas e cirúrgicas. Para muitas especialidades e áreas do saber médico representa a última instância no país em termos de diagnóstico e tratamento. Possui, também, uma grande variedade de meios complementares de diagnóstico e terapêutica como suporte à prestação de cuidados (HSJ, E.P.E, 2010).

O serviço de cirurgia cardio-torácica engloba a enfermaria (pisos 7), a consulta externa, o bloco operatório, a unidade de cuidados intensivos e a unidade de cuidados intermédios, estas últimas no piso 8. A consulta externa é assegurada por cardiologistas e técnico de neurofisiologia, realizando-se também exames complementares de diagnóstico, neste local. Este serviço tem uma lotação de 52 camas, sendo que 10 são destinadas à UCI (1 de isolamento), 10 aos Cuidados Intermédios (1 de isolamento) e 32 ao internamento (4 das quais são berços e 2 estão localizadas em quartos individuais).

No que respeita à estrutura física, tanto a UCI como a Unidade de Cuidados Intermédios têm o espaço adequado para a execução das diferentes tarefas. A DGS (2003: 38) menciona que num “ (...) *serviço aberto, o espaço mínimo por cama é de 20 m²*”. Ambas as unidades possuem vários pontos de lavagem de mãos, o que é positivo, pois evita que os profissionais se desloquem de extremo ao outro da unidade para procederem à higienização das mãos. A mesma entidade (2003: 38) preconiza que “ (...) *Um ponto de lavagem e*

desinfecção das mãos por cada três camas, com activação/desactivação através do cotovelo e pé ou por célula fotoelétrica”.

O balcão central na UCI encontra-se entre as unidades dos doentes mas, na minha opinião, seria mais funcional se esta se encontrasse à sua frente, no sentido dos enfermeiros terem um ponto directo de vigilância sobre todos os doentes, o que iria de encontro às recomendações da DGS (2003:38), que refere que “ (...) *a observação do doente far-se-á, preferencialmente, através de uma linha directa de visão entre doente / enfermeira*”. Entendo, contudo que tal não é possível devido à arquitectura da sala. Na UC intermédios este problema já não se coloca, uma vez que o balcão central se encontra frente às 5 camas existentes. Devo referir que, quanto aos doentes que se encontram nos quartos que não permitem vigilância directa, a equipa de enfermagem recorre à observação através da telemetria, bem como, efectua visitas frequentes, de forma a colmatar esta possível falta de vigilância.

Neste serviço, os diagnósticos mais frequentes a nível cardíaco são: doença coronária com necessidade de revascularização do miocárdio; doença valvular, com insuficiência aórtica, mitral ou tricúspide com necessidade de substituição das mesmas, situações emergentes tais como roturas cardíacas, dissecção da aorta entre outras. A nível pulmonar são realizadas 4 cirurgias semanais e os diagnósticos mais frequentes são lobectomia, pneumectomia e escariação pleural. Nas crianças, as cirurgias mais frequentes são: correcção da tetralogia de Fallot, correcção de comunicação interventricular, correcção intra-auricular, coarctação da aorta, correcção da atresia pulmonar e transposição de grandes vasos.

C) INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA- DELEGAÇÃO NORTE

Portugal possui um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), no quadro do qual existe um conjunto de entidades que cooperam com o objectivo de prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita, sendo que destas entidades fazem parte a Polícia Segurança Pública (PSP), a Guarda Nacional Republicana (GNR), os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa, o INEM e os Hospitais e Centros de Saúde.

O SIEM é definido no, DECRETO-LEI N.º 220/2007 de 29 de Maio, no seu artigo 3.º como “... *o conjunto de acções coordenadas, de âmbito extra-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar, que resultam da intervenção activa e dinâmica dos vários componentes do sistema nacional de saúde, de modo a possibilitar uma actuação rápida, eficaz e com economia de meios em situação de emergência médica. Compreende toda a actividade de urgência/emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a recepção hospitalar e a adequada referenciação do doente urgente/emergente*”.

O INEM é uma das entidades que compõem o SIEM, é o organismo responsável por coordenar o funcionamento deste sistema, de forma a garantir que todos os sinistrados ou vítimas de doença súbita recebam uma pronta prestação de cuidados de saúde. Esta prestação inclui uma correcta abordagem e estabilização da vítima permitindo o acompanhamento e vigilância durante o transporte até à recepção em unidade de saúde adequada.

O INEM está directamente ligado ao Número Europeu de Emergência – 112. A central 112 sita em postos da PSP ou da GNR recebe, através dos seus operacionais, todas as chamadas de emergência a nível Nacional. Estas chamadas podem ser reencaminhadas para as autoridades locais, para os Corpos de Bombeiros ou para os CODU quando se referem a situações de urgência ou emergência na área da saúde.

Importa referir que o INEM foi criado em 1981 e, apresentando-se como um instituto público “...*integrado na administração indirecta do estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio*” (DECRETO-LEI N.º 220/2007 de 29 de Maio, artigo 1.º), tem por missão “... *definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as actividades e o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e adequada prestação de cuidados de saúde*” (DECRETO-LEI N.º 220/2007 de 29 de Maio, artigo 3.º).

Seguindo ainda o mesmo artigo, para além das atribuições acima mencionadas, acresce citar que ao INEM, enquanto organismo coordenador SIEM, é-lhe também incumbido:

- a) “Assegurar o atendimento, triagem, aconselhamento das chamadas que lhe sejam encaminhadas pelo número telefónico de emergência e accionamento dos meios de socorro apropriados;
- b) Assegurar a prestação de socorro pré-hospitalar e providenciar o transporte para as unidades de saúde adequadas;
- c) Promover a recepção e o tratamento hospitalares adequados do doente urgente/emergente;
- d) Promover a correcta utilização de corredores integrados de urgência/emergência, designados Vias Verdes;
- e) Promover a coordenação entre o SIEM e os serviços de urgência/emergência;
- f) Promover a correcta referenciação do doente urgente/emergente;
- g) Promover a adequação do transporte inter-hospitalar do doente urgente/emergente;
- h) Promover a formação e qualificação do pessoal indispensável às acções de emergência médica;
- i) Assegurar a elaboração dos planos de emergência/catástrofe em colaboração com as administrações regionais de saúde e com a Autoridade Nacional de Protecção Civil (ANPC), no âmbito da respectiva lei reguladora;
- j) Orientar a actuação coordenada dos agentes de saúde nas situações de catástrofe ou calamidade, integrando a organização definida em planos de emergência/catástrofe;
- l) Desenvolver acções de sensibilização e informação dos cidadãos no que respeita ao SIEM;
- m) Licenciar a actividade de transporte de doentes e dos veículos a ela afectos, procedendo à definição dos respectivos critérios e requisitos, articulando com a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.;

- n) Efectuar a fiscalização da actividade de transporte de doentes urgentes/emergentes, nos termos dos regulamentos em vigor, sem prejuízo da competência sancionatória da Entidade Reguladora da Saúde;
- o) Homologar os *curricula* dos cursos ou estágios que versem sobre emergência médica;
- p) Promover a cooperação com comunidades lusófonas, sem prejuízo das atribuições próprias do Ministério dos Negócios Estrangeiros;
- q) Assegurar a representação nacional junto das instâncias comunitárias e internacionais relevantes para o sector da emergência médica;
- r) Propor as medidas legislativas e administrativas indispensáveis ao desempenho das suas atribuições e competências.”

Desde então INEM tem vindo a aumentar a sua rede de actuação através da criação de outros serviços para a prestação de socorros com características específicas. Assim, foram criados: Centro de Informação Anti-venenos (CIAV), Transporte de Recém-Nascidos de alto Risco, CODU, CODU-MAR, Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em crise (CAPIC), Centro de Intervenção para Situações de Excepção (CIPSE).

É importante não deixar de referir a existência de um Centro de Informação Anti-Venenos também sob coordenação do INEM desde 1982, que presta assistência ao público em geral bem como a profissionais de saúde através de um número telefónico disponível 24 horas por dia.

Actualmente o INEM é tutelado pelo Ministério da Saúde, tem a sua sede em Lisboa e exerce a sua actividade ao longo de todo o território continental, englobando 4 delegações regionais: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Sul. Dispõe de vários meios no terreno: Motas, Ambulâncias SBV, Ambulâncias SIV, VMER, Helicópteros, Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE) e as Viaturas de Intervenção em Catástrofe (VIC), utilizada em situações de excepção. (INEM, 2010).

Os Motociclos, existentes apenas nas cidades de Lisboa e Porto, são uma mais-valia no ambiente urbano, permitindo uma prestação de socorro rápido com o objectivo de estabilizar o doente até ao seu transporte. Estas motas são conduzidas por TAE e encontram-se equipadas com material de SBV e DAE.

As ambulâncias de SBV têm como objectivo principal “... a estabilização e transporte de doentes que necessitem de assistência durante o transporte, cuja tripulação e equipamento permitem a aplicação de medidas de Suporte Básico de Vida.” (INEM 2008: 5). A sua tripulação é composta por Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE), permitindo a aplicação de medidas de SBV e Desfibrilhação Automática Externa (DAE). Neste meio do equipamento faz parte material de avaliação de sinais vitais e estabilização de vítimas de trauma e de doença súbita. Estas ambulâncias estão sediadas em bases do próprio instituto e em corpos de bombeiros por todo o país, designados de Postos de Emergência Médica (PEM).

As ambulâncias de SIV, têm por missão garantir cuidados de saúde diferenciados, tais como manobras de reanimação. A tripulação é composta por um Enfermeiro (Enfº) e TAE e visa a possibilidade de administração, sob controlo e orientação dos médicos do CODU, de

fármacos necessários para ocorrer em situações de analgesia e trombólise, acrescentando ainda a funcionalidade de transmissão de electrocardiograma e sinais vitais, via fax ou internet.

A VMER é definida como “...um veículo de intervenção pré-hospitalar destinado ao transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente” (INEM 2008: 5). As VMER actuam na dependência directa dos CODU e têm base hospitalar. A sua equipa é constituída por um médico e um Enfº e o seu principal objectivo consiste na estabilização pré-hospitalar e no acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência. Este meio de socorro encontra-se equipado com material de suporte avançado de vida (SAV) e equipamento de abordagem ao politraumatizado, adulto e pediátrico.

O Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC) foi criado pelo INEM em 2004 para atender às necessidades psicossociais da população e dos profissionais. É formado por uma equipa de psicólogos clínicos com formação específica em intervenção psicológica em crise, emergências psicológicas e intervenção psicossocial em catástrofe

As suas actividades são diversas:

- Tele-assistência: Intervêm com os contactantes do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) em situações de crises psicológicas, comportamentos suicidas, vítimas de abusos/violência física ou sexual, entre outros
- UMIPE (Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência): Accionados pelo CODU, intervêm com as vítimas no local da ocorrência em situações como acidentes de viação e outros, mortes inesperadas ou traumáticas, emergências psicológicas, abuso/violação física ou sexual, ocorrências que envolvam crianças, entre outros.
- Situações de Excepção: intervêm em situações inesperadas como incêndios, inundações, explosões, catástrofes naturais e humanas, entre outros
- Apoio aos profissionais do INEM: ajudam as equipas de emergência em situações potencialmente traumáticas

Nos últimos anos verificamos que as viaturas INEM adquiriram uma nova imagem. Da cor branca com faixa azul passaram para a cor Amarela “ Ral 1016”. Esta alteração teve por base directivas europeias que demonstraram, através de estudos realizados, que o olho humano é particularmente sensível a esta cor, permitindo uma identificação rápida deste veículo prioritário (INEM, 2008:13).

A Estrela da Vida é actualmente o símbolo internacionalmente utilizado para designar o equipamento e veículos que funcionem para os serviços de Emergência Médica (EM) e respectivos departamentos hospitalares. Este símbolo é composto por seis faixas que compreendem as fases de um ciclo completo de acções em EM: Detecção, Alerta, Pré-socorro, Socorro no local do acidente, Cuidados durante o transporte, Transferência e tratamento definitivo.

ANEXO II

Focos da prática sensíveis aos cuidados de enfermagem
na UCICT

Focos da prática sensíveis aos cuidados de enfermagem na UCICT

A formulação de intervenções de enfermagem no contexto do UCICT do HSJ iniciou-se pela identificação de três focos da prática que considero serem sensíveis aos cuidados de enfermagem e com maior actuação autónoma por parte dos enfermeiros: Úlcera de Pressão, Dor, Processo Familiar. Após essa identificação, procurei validar este meu parecer e fundamentar devidamente os focos enumerados, através da consulta de diversas fontes bibliográficas.

Este aspecto reveste-se de grande importância para a enfermagem, pois as práticas dos enfermeiros continuam a passar despercebidas, uma vez que não são correctamente documentadas, faltando um elo de ligação essencial ao desenvolvimento e à visibilidade dos cuidados de enfermagem.

FOCO: Úlcera de Pressão “ (...) tipo de Úlcera com as características específicas: inflamação ou ferida sobre as proeminências ósseas devido a compressão e fricção da pele entre osso e a superfície subjacente, em que os estádios são graduados segundo a gravidade (...) ” (ICN, 2003, p. 29). A média de idade dos utentes admitidos na UCICT é sem dúvida elevada, sendo que com a idade as características da pele alteram-se, perdendo gradualmente a capacidade de regeneração, elasticidade e resistência. Na UCICT, para além dos factores de risco relacionados com a idade e com as alterações fisiológicas críticas dos doentes, é também de realçar a necessidade de permanecer imóvel durante longos períodos de tempo devido à presença de vários cateterismos, drenagens, vários dispositivos e equipamentos de suporte, a sedação dos doentes e a incapacidade de realizarem movimentos sem ajuda, o nível de dor.

São todos factores que colocam os doentes da UCICT em risco de desenvolverem úlceras de pressão, e estas consistem numa solução da integridade dos tecidos, que pode ocorrer devido à pressão excessiva e prolongada nos mesmos, ao cisalhamento, à fricção e/ou à presença de humidade (POTTER E PERRY, 2006) e o doente crítico caracteriza-se, especialmente numa fase inicial, como tendo uma “ (...) mobilidade reduzida, nível de consciência diminuído, compromisso sensorial, debilidade, incontinência, sépsis/temperatura elevada ou má nutrição (...) ” (SWEARING E KEEN, 2001: 71), existindo a dificuldade em manter a pele limpa e livre de humidade excessiva, a presença de forças de fricção ou de pressão, entre outros (PHIPPS et al, 2003).

O facto dos doentes num serviço de cuidados intensivos de encontrarem acamados amplifica o risco de desenvolver úlceras de pressão, já que o peso do corpo sobre as proeminências ósseas e o “ (...) potencial de fricção e maceração aumenta quando o cliente é completamente dependente de outros para mudar de posição (...) ” (ELKIN, PERRY E POTTER,

2005:590).Tudo isto implica uma atenção redobrada por parte dos enfermeiros, já que a “ (...) *previsão e a prevenção de úlceras de pressão são prioridades importantes da Enfermagem (...)*” (POTTER E PERRY, 2006: 946).

De facto, as úlceras de decúbito são difíceis de cicatrizar, e a prevenção é o melhor tratamento (DOENGES et al, 2002: 865). Para prevenir úlceras de pressão é necessário identificar os indivíduos em risco, para que os factores de risco possam ser minimizados através de intervenções específicas (POTTER E PERRY, 2006).

A monitorização do risco de úlcera de pressão através de instrumento de avaliação (Escala de Braden), é uma rotina implementada na UCICT, e é efectuada usando este instrumento aquando da admissão na instituição e em intervalos regulares. Esta escala tem como parâmetros a “ (...) *percepção sensorial (reconhecimento da pressão), fricção e raspagem, capacidade de alterar e controlar a posição corporal, humidade da pele, aporte nutricional e actividade física (...)* ” (ELKIN, PERRY E POTTER, 2005: 587). “ *Além de avaliar os potenciais factores de risco, a avaliação da pele deve ser realizada todos os dias, pois pode permitir a identificação rápida de um problema e o desenvolvimento de intervenções personalizadas (...)* ” (POTTER E PERRY, 2006: 948-949). Para realizar uma avaliação básica da pele deve-se, no mínimo, avaliar a temperatura, cor, humidade, turgidez e integridade da mesma (BARANOSKI E AYELLO, 2006). “*A observação da pele assegura informação essencial para programar intervenções para reduzir o risco e para avaliar os resultados dessas intervenções (...)*” (ELKIN, PERRY E POTTER, 2005: 591).

Segundo os últimos autores, doentes de risco têm múltiplos locais de potencial necrose por pressão, além das proeminências ósseas. “ *A detecção precoce da pressão indica necessidades de mudanças de posição mais frequentes (...)* ” (ELKIN, PERRY E POTTER, 2005: 592). “ *É importante que a avaliação seja contínua, porque o estado do utente pode alterar-se; a avaliação contínua permite identificar as alterações que aumentam o risco do utente para o desenvolvimento de úlceras de pressão* (POTTER E PERRY, 2006: 948).

O registo possibilita a monitorização e documentação das mudanças de decúbitos efectuadas, bem como dos respectivos horários, permitindo uma abordagem mais precisa ao doente específico e ainda a comunicação do plano de prevenção a todos os membros da equipa de Enfermagem (BARANOSKI E AYELLO, 2006).

FOCO: DOR “ (...) *é um tipo de Sensação com as seguintes características específicas: aumento da percepção sensorial de partes do corpo habitualmente acompanhada por experiência subjectiva de sofrimento intenso, expressão facial característica, olhos baços e apagados, olhar sofrido, movimento facial fixo ou disperso, esgares, alteração do tono muscular, variação da apatia à rigidez, comportamento autoprotector, estreitamento do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração marcado por gemidos, choro, andar a passos largos, procurar sem descanso outras pessoas ou*

actividades; as sensações de dor relacionam-se com a duração de dor; o aparecimento súbito da sensação de dor associada a lesão aguda dos tecidos é marcada por respostas automáticas como a subida da pressão arterial, pulso, respiração, transpiração, suores frios, piloerecção e palidez acompanhada por tensão muscular, perda de apetite e ansiedade; as sensações de dor aguda são autolimitadas e funcionam como mecanismo de protecção para levar a vítima a fugir ou retirar-se da origem da dor para evitar um mal maior; a dor aguda é habitualmente referida como uma sensação aguda e intensa de facada, impacto ou tormento; as sensações de dor permanente constante ou recorrente não são acompanhadas de respostas automáticas; a dor crónica é normalmente referida como embotada, incomodativa, surda, assustadora ou insuportável; associada a dificuldades de sono, irritabilidade, depressão, isolamento, desespero e desamparo (ICN, 2003).

A dor é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP) 2010, como: “ (...) *uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão*”. Esta definição salienta a capacidade da dor afectar o indivíduo na sua globalidade. RIGOTTI & FERREIRA (2005) salientam mesmo que esta é uma das sensações mais íntimas e exclusivas experimentadas pelo ser humano, pelo que de acordo com a DGS (2003), a sua abordagem, em muitos casos, deve ser multidimensional, ou seja, ter em conta não só os aspectos sensoriais da dor, mas, também, as implicações psicológicas, sociais e até culturais, associadas à patologia dolorosa (DGS, 2003).

A dor é frequentemente classificada com base na sua componente temporal em aguda ou crónica (PHIPPS, SANDS & MAREK, 2003; RIGOTTI & FERREIRA, 2005). A dor aguda é, essencialmente, um episódio transitório e tem a função biológica de alertar o organismo sobre alguma agressão (PHIPPS, SANDS & MAREK, 2003; RIGOTTI & FERREIRA, 2005; CALIL & PIMENTA, 2005). O seu início é, em regra, súbito, a pessoa apercebe-se da causa (geralmente, afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias), e é normal as áreas dolorosas serem bem identificadas (PHIPPS, SANDS & MAREK, 2003; RIGOTTI & FERREIRA, 2005).

Segundo SHEEHY (2001), o alívio da dor aguda deve ser o primeiro objectivo no tratamento da doença ou lesão dolorosa aguda. No serviço verifica-se que é dada importância ao controlo rápido da dor aguda e desenvolvidas intervenções nesse sentido. Tal acontece, sobretudo, quando a pessoa refere grande intensidade de dor e determinados sinais/sintomas corroboram o que a pessoa refere. Embora uma pessoa consiga sobreviver com dor, esta quando não tratada adequadamente, perturba e interfere na qualidade de vida da pessoa, o que se reflecte no seu bem-estar físico e psicossocial. Como consequência da sua vivência estão descritas alterações a nível do sono, do trabalho, da movimentação e deambulação, do humor, da capacidade de concentração, do relacionamento familiar, da actividade sexual e a pessoa

pode assumir uma atitude pessimista e de desesperança para com a vida (RIGOTTI & FERREIRA, 2005).

Dada a sua importância e possíveis consequências da sua vivência, objectivando a melhoria da qualidade da assistência ao cliente com dor, em 2002, a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor denominaram a dor como o quinto sinal vital (FONTES & JAQUES, 2007). Portugal equiparou a dor a quinto sinal vital em 2003, sendo o primeiro país da União Europeia a fazê-lo (OE, 2008).

Perante o que explicitarei até ao momento, é essencial ter em mente que todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa. A negação ou a desvalorização da dor do outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional (OE, 2008). De acordo com a mesma entidade, no âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro deve ter como foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o auto-cuidado (OE, 2008). Assim sendo, é da competência do enfermeiro a identificação e avaliação da dor, a colaboração com a equipa multidisciplinar, a programação e a implementação da terapêutica farmacológica prescrita, a prescrição e implementação de medidas não farmacológicas, a educação do doente e da família e a avaliação e monitorização da resposta às terapias implementadas (FONTES & JAQUES, 2007).

De acordo com PHIPPS, SANDS & MAREK (2003), o enfermeiro tem capacidades para intervir de forma independente face ao foco da prática de enfermagem “dor”, contudo é necessário um planeamento em colaboração com outros membros da equipa de cuidados de saúde, de forma a garantir que todos têm os mesmos objectivos e esperam os mesmos resultados, relativamente ao doente. Na minha opinião, o controlo da dor é um exemplo claro da importância da prática interdisciplinar, uma vez que de todos depende a eficaz identificação, avaliação e controlo da dor.

A terapia medicamentosa é o alicerce para o controlo da dor, no entanto, tal como afirma FONTES & JAQUES (2007), a administração analgésica não consiste, necessariamente, na única forma terapêutica para o controlo da dor, podendo desenvolver-se estratégias associadas. De facto, a dor, enquanto vivência complexa com aspectos biológicos, emocionais e culturais inerentes justifica o uso de intervenções múltiplas para o seu controlo - intervenções farmacológicas e intervenções não-farmacológicas - estando já comprovado que o controlo da dor é mais efectivo quando envolve intervenções múltiplas, que actuam nos diversos componentes da dor (PHIPPS, SANDS & MAREK, 2003; RIGOTTI & FERREIRA, 2005).

As intervenções autónomas de enfermagem face ao foco “dor” pertencem ao domínio não farmacológico. As intervenções não-farmacológicas para o controlo da dor compreendem

um conjunto de medidas de ordem educacional, física, emocional, comportamental e espiritual, sendo na sua maioria de baixo custo e de fácil aplicação e muitas delas podem ser ensinadas aos doentes e seus cuidadores, estimulando o autocuidado (FONTES & JAQUES, 2007).

Acerca do foco da prática de enfermagem “dor”, há que realçar essencialmente que todas as pessoas têm direito ao adequado controlo da dor e este é encarado como uma prioridade na UCICT, os doentes sedados estão também analgesiados, os doentes conscientes pesa embora não se utilizem escalas e não se proceda à sua documentação de forma sistemática e rigorosa, ela é feita muitas vezes de forma inconsciente, talvez porque estão de uma certa forma inerentes à essência da enfermagem, o *cuidar*.

Quanto à implementação de intervenções autónomas de enfermagem para o controlo da dor, propriamente dito, são também muitas vezes colocadas em prática no serviço, nomeadamente: “Avisar o doente sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para o agravamento da dor, as mudanças no seu padrão, novas fontes e tipos de dor e efeitos colaterais da terapêutica analgésica”, “Prevenir a dor decorrente de intervenções de enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos”, “Promover o conforto e o repouso”, “Estabelecer uma relação de ajuda com o doente”, “Facilitar a expressão de sentimentos sobre a dor pelo doente” e “Facilitar a presença de acompanhante, sempre que possível, se o doente o desejar”.

Não posso terminar, sem antes fazer referência a Dane Cicely Saunders, citada por PESSINI (2003), fundadora do moderno Hospice, que criou a expressão “dor total” que inclui, além da dor física, a dor mental, social e espiritual. Segundo ela, deixar de considerar esta apreciação mais abrangente da dor é uma das principais razões de os pacientes não receberem adequado alívio dos sintomas dolorosos. A dor física é a mais óbvia e a maior causadora de sofrimento, é a que impede o funcionamento físico e a interação social, a dor psíquica surge ao enfrentar a inevitabilidade da morte, a dor social é a dor do isolamento criado, quando o morrer cria a ideia de solidão e a dor espiritual surge da perda de significado, sentido e esperança no viver (PESSINI, 2003: 10).

FOCO: Processo Familiar (...) *tipo de Fenómeno de Enfermagem da Família com as características específicas: Interações positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da família (...).* (ICN, 2003: 65). Segundo HANSON (2005), o ciclo de vida da família é formado por vários estádios de desenvolvimento, caracterizados por determinados padrões de mudanças que os acompanham. Não obstante, a família é, por vezes, assolada por acontecimentos repentinos e inesperados, que dão início a importantes, mas não previstas, mudanças. O surgimento de uma doença incapacitante de um dos membros da família, acompanha do seu internamento, é um dos exemplos desse tipo de acontecimentos.

“ O doente com alteração do nível de consciência pode não estar consciente da gravidade da situação, mas a família estar perfeitamente informada. Esta consciência gera grande ansiedade e stress, relacionados com a crise de doença súbita ou lesão” (PHIPPS, SANDS E MAREK, 2003: 1933).

Podem e estão, normalmente, relacionados com uma transição de crise situacional (doença) e com a incerteza sobre os resultados e expectativas que os esperam. São possivelmente evidenciados, entre outros aspectos, pela dificuldade da família em se adaptar às mudanças e/ou lidar construtivamente com as experiências traumáticas vivenciadas; pelo facto de ela não atender devidamente às necessidades de cada um dos seus membros e, consequentemente, às suas próprias necessidades; pela dificuldade em aceitar ou receber ajuda adequadamente; e ainda pela incapacidade de expressar ou aceitar os sentimentos dos seus membros (DOENGES, MOORHOUSE E GEISSLER, 2002). *“A satisfação de sobrevivência do doente pode ser substituída por diferentes emoções, entre elas o luto, raiva, sentimento de perda e necessidade de lidar com a pessoa inédita, que a família não conhecia e pode não gostar. É necessário atender às necessidades da família de forma a evitar o prolongamento destes sentimentos, que pode resultar em depressão dos familiares” (DOENGES, MOORHOUSE E GEISSLER, 2002: 254).*

Reforçar o envolvimento da família/pessoas significativas nos cuidados ao doente, sempre que possível, foi minha preocupação. *“A rede social familiar fornece apoio instrumental e expressivo (HANSON, 2005: 89). O reforço serve de estímulo para aumentar a probabilidade de resposta. O reforço positivo, como seja, um sorriso ou um elogio e aprovação, origina as respostas pretendidas (POTTER E PERRY, 2006: 165).*

Incentivar a família/pessoas significativas na promoção da saúde e bem-estar do familiar internado, foi outra preocupação ao longo do estágio. Tanto o doente como a sua família são incapazes de absorver ou de se lembrar de todas as informações que lhes são transmitidas. Quando esse momento passar, o reforço da informação pode ajudar a reduzir erros de concepções, medo do desconhecido e das expectativas futuras (DOENGES, MOORHOUSE E GEISSLER, 2002).

BIBLIOGRAFIA

- × BARANOSKI, S., AYELLO, E. A. - **O Essencial sobre o tratamento de feridas: princípios práticos**. Loures: Lusodidacta, 2006.
- × CALIL, A. M., PIMENTA, C. A. M. – **Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma**. *Rev Esc Enferm USP*, 39 (3), 325-32,2005.
- × DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE- Circular Normativa nº 09/DGCG –“**A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor**”, 2003, consultado a 25 de Novembro de 2010, disponível em: www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf.
- × DOENGES, M. E, MOORHOUSE, M. F., GEISSLER, A. C. - **Planos de cuidados de enfermagem: orientações para o cuidado individualizado do paciente**. 5ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2002.
- × ELKIN, PERRY & POTTER – **Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos**. 2ªed. Loures: Lusociência, 2005.
- × FONTES, K.B., JAQUES, A.E. – **O Papel da Enfermagem Frente ao Monitoramento da Dor como 5º Sinal Vital**. *Cienc Cuid Saude*, 6 (Suplem. 2), p.481-487, 2007.
- × HANSON, S. – **Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, Prática e Investigação**, 2ª Edição, Loures, Lusociência, 2005.
- × ICN – INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS) – **Classificação Internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP: versão Beta 2**. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2003.
- × INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN – **IASP Pain Terminology**, 2010, consultado a 27/11/10, disponível em http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728#Pain.
- × ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Dor: Guia Orientador De Boa Prática**. Cadernos OE, Serie I, Numero I. Ordem dos Enfermeiros, 2008.
- × PESSINI, L. **Distanásia: Até quando investir sem agredir?** *Revista Bio I*. São Paulo, vol. 4, 2003.
- × PHIPPS, W et al – **Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica**. 6ª Edição. Loures: Lusociência, 2003.
- × POTTER, P.A. PERRY, A.G. – **Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos**. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2006.

- × RIGOTTI, M.A., FERREIRA, A. M. – **Intervenções de enfermagem ao paciente com dor.** *Arq Ciênc Saúde*, Jan-mar; 12(1), 50-4,2005.
- × SHEEHY, S. – **Enfermagem de urgência: da teoria à prática.** 4ª Edição. Loures: Lusociência, 2001.
- × SWEARINGEN, P.L, KEEN, J.H. - **Manual de enfermagem de cuidados intensivos: intervenções de enfermagem independentes e interdependentes.** 4ª ed. Loures, Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda., 2001.

ANEXO III

Acção de Formação “Norma da Via Verde de Trauma

- A) Contextualização teórica do tema
- B) Diapositivos da Formação



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA**

NORMA VIA VERDE DE TRAUMA

Realizado por:

**Aires Moutinho
Almerinda Soares**

Porto, Junho de 2010

Índice

0. INTRODUÇÃO.....	02
1. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	4
2. NORMA DA VIA VERDE DE TRAUMA	6
3. CONCLUSÃO.....	11
BIBLIOGRAFIA	11
ANEXO- NORMA DA VIA VERDE DE TRAUMA	

0. INTRODUÇÃO

Este trabalho surge enquadrado no âmbito do 3º curso de Mestrado de EEMC da UCP do Porto. Resulta da identificação de uma necessidade formativa identificada no contexto de um processo transição vivenciado pelo serviço em que decorre o estágio, mediante a nossa disponibilidade e interesse foi-nos proposta a colaboração na implementação da Via Verde Trauma, através da elaboração de uma norma de actuação, à qual segundo recomendação do Ministério da Saúde todos os Hospitais enquadrados num perfil previamente determinado, em que se inclui o Hospital São Sebastião, têm obrigatoriamente que implementar, cumprindo as metas estabelecidas.

A elaboração desta norma pretende garantir que o nível e a qualidade dos cuidados prestados no local e durante o transporte, tenham a devida continuidade no sentido de proporcionarmos às vítimas de trauma a devida actuação, numa perspectiva de melhor atendimento, tendo em vista uma efectiva e eficaz actuação em contexto de uma equipa multidisciplinar, perfeitamente capaz de responder de uma forma adequada, com vista a um rápido restabelecimento.

Partindo da reflexão sobre a conduta que o enfermeiro deve ter no atendimento ao doente, vítima de trauma à luz dos princípios ético-deontológicos e legais, pretendemos com este trabalho demonstrar capacidade de reflectir sobre um problema identificado na prática, e através de uma análise académica avançada alicerçada em evidências e recomendações de peritos na área da traumatologia, contribuir para a melhoria das práticas sensibilizando os profissionais para o tema. Para cumprir o nosso objectivo propomo-nos colaborar na elaboração da norma da Via Verde do Trauma.

O trauma continua a ser uma importante causa de mortalidade e morbilidade em todo o mundo, incluindo Portugal. Se considerarmos todas as faixas etárias, apenas as doenças cardiovasculares e o cancro apresentam taxas de mortalidade superiores ao trauma.

No século actual, o desenvolvimento de grandes centros urbanos e o consumo de drogas provocaram um aumento da violência o que, acrescido de outros factores como o aumento das acções terroristas e de guerras regionais e o aumento do número de acidentes de tráfego, leva a que se possa considerar o trauma quase como uma pandemia da sociedade moderna.

A preocupação do Homem com o trauma é bem antiga e muitos relatos históricos referem-se à prática médico-cirúrgica em campos de batalha, por exemplo, ou nos

acidentes de trabalho, reflectindo grande preocupação com os problemas das fracturas, sobretudo das fracturas expostas.

E apenas em 1922 o Colégio Americano de Cirurgiões formou o seu primeiro Comité de Trauma.

Verdadeiramente, só a partir da última metade do século XX teve início uma preocupação crescente com as vítimas do tráfego automóvel e a análise das causas de morte nos traumatizados levou ao aparecimento do conceito de “morte evitável” neste grupo de doentes.

Nos últimos anos, os conhecimentos entretanto adquiridos na organização dos cuidados pré-hospitalares e hospitalares têm vindo a diminuir de modo significativo quer a mortalidade quer a morbilidade associada ao trauma.

É, hoje, largamente reconhecido que, tal como para o Acidente Vascular Cerebral, o Enfarte Agudo do Miocárdio e a Sépsis, também para o Trauma existe um conjunto de atitudes que, se realizadas numa fase precoce da doença, reduzem as complicações e a mortalidade que lhe estão associadas. Neste sentido, a Direcção-Geral da Saúde (DGS), determina implementação de uma Norma de Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado -Via Verde de Trauma (VVT). A implementação desta “Norma”, começará pelos Serviços de Urgência Polivalentes, sendo previsível que esta primeira fase esteja concluída até ao final de 2010. A sua concretização em todo o universo dos Serviços de Urgência deverá ocorrer até final de 2011 (Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO de 31/03/2010).

1. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

A Organização Mundial da Saúde emanou, recentemente, recomendações e *guidelines* para a implementação de sistemas de trauma e programas de melhoria da qualidade da abordagem e tratamento do doente traumatizado.

Assim a DGS traduziu e adaptou as orientações existentes a nível nacional e internacional, com a participação activa de um grupo de peritos e representantes dos vários Colégios da Ordem dos Médicos, da Ordem dos Enfermeiros e das Sociedades Científicas afins ao tema.

Sendo, hoje em dia, aceite pela comunidade científica que uma intervenção precoce e adequada pode melhorar significativamente o prognóstico dos doentes traumatizados é imperativa a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação, assim como a instituição, em tempo útil, de terapêutica optimizada.

O trauma é claramente uma situação de Emergência que exige dos profissionais de saúde uma resposta imediata, metódica e organizada.

A Emergência Médica encontra-se organizada em Portugal através do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) sendo esta definida como “*Uma emergência estritamente ligada à área da saúde e abrange todos os procedimentos julgados necessários na prestação do socorro à (s) vítima (s) de acidente ou doença súbita, desde o local da ocorrência até ao estabelecimento do tratamento que a situação exige, na unidade de saúde mais adequada, passando pelo transporte adequado*”. (Mateus, 2007, p. 35).

Assim a Emergência Médica tem como campo de actuação o período de tempo compreendido entre o momento de ocorrência da situação, sendo esta doença súbita ou acidente e o momento de entrada no hospital. A Emergência Médica actua em situação de comprometimento, já estabelecido ou eminente, das funções vitais.

O SIEM possui uma sequência de várias fases a cumprir para que os cuidados de saúde ao cidadão ocorram da melhor forma. A primeira fase é a Detecção, que corresponde ao momento em que alguém se apercebe da presença de uma ou mais vítimas de doença súbita ou acidente. Posteriormente dá-se o Alerta, ou seja o momento em que se contactam os serviços de Emergência. A próxima fase é o Pré-socorro e é cumprida através do aconselhamento feito no momento de contacto com o CODU. O Socorro é feito pelos meios accionados pelo CODU, tendo em conta os

existentes na área de saúde. De seguida o Transporte, após estabilização do doente, é da responsabilidade do médico, tendo em conta o tipo de doente e os locais de referência. Por fim o Tratamento na Unidade de Saúde, que deverá corresponder ao tratamento no serviço adequado ao estado clínico do doente.

A prestação de cuidados neste contexto exige uma formação estruturada, para que se desenvolvam competências específicas, abrindo caminho para a organização das práticas de trabalho, agindo nesta situação com a máxima brevidade e eficiência.

2. NORMA DA VIA VERDE DE TRAUMA

Via Verde (VV), pode entender-se como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações.

Tal como acontece já nas VV da Sépsis, do AVC e Coronária, o projecto na área do Trauma tem como objectivo atender e tratar os doentes em tempo útil e com a resposta mais eficaz, evitando tempos de espera e possíveis sequelas. Aliás, estimativas da Organização Mundial de Saúde apontam para a redução em cerca de 20% do número de mortes nas vítimas de traumas, nos países onde existem as linhas abertas directas ao local de tratamento.

Tendo em conta os pressupostos acima mencionados a operacionalização da VVT no Serviço de Urgência (SU) do CHEDV unidade de Santa Maria da Feira, deve obedecer aos seguintes passos após a entrada no SU: Inicialmente é feita a triagem pelo Enfermeiro, através da aplicação dos critérios de activação desta via, estes critérios dizem respeito a achados fisiológicos e a achados relativos à anatomia da lesão:

- **Sinais Vitais – Nível de Consciência:**

- Frequência Respiratória <10 ou> 29 C/minuto
- SaO₂ <90% com O₂ suplementar
- Pressão Arterial Sistólica <90 mmHg
- Escala de Coma de Glasgow <14 ou queda> 2 pontos desde acidente

- **Anatomia da Lesão:**

- Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, períneo, proximal ao cotovelo e ou joelho
- Retalho costal
- Fractura de 2, ou mais, ossos longos
- Fractura da bacia
- Fractura do crânio com afundamento, com ECG <14
- Amputação proximal ao punho e/ou ao tornozelo
- Associação trauma + queimaduras
- Queimaduras Major/Graves: 2.º Grau> 20% ou 3.º Grau> 5%

- Queimaduras com inalação
- Queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, circunferenciais mãos ou pés.

Contudo aquando da existências de co-morbilidades importantes e/ou extremos de idade, poderá ser considerada a activação da equipa.

As vítimas que apresentem os critérios da activação da VVT deverão ser encaminhadas para a sala de Reanimação, todas as outras vítimas de trauma deverão ser encaminhadas para a sala de Pequena Cirurgia (PC).

A avaliação e a reanimação do doente com trauma grave requer um atendimento em equipa multidisciplinar, em que cada elemento da equipa deve saber o seu plano de actuação em perfeita sintonia e integração com a metodologia de atendimento efectuado pela equipa de trauma, e esta deverá possuir formação e experiência em trauma e incluir os seguintes profissionais do Serviço de Urgência Médico- Cirúrgica (SUMC):

- Intensivista ou, na sua ausência, Médico com formação e experiência em Medicina de Emergência, com a Competência em Emergência. Em caso de criança, Médico Pediatra com SAV Pediátrico, se existir.
- Médico Anestesta com formação e experiência em trauma (recomenda-se o reconhecimento da Competência em Emergência Médica).
- Médico Cirurgião com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência (recomenda-se o reconhecimento da Competência em Emergência Médica).
- Médico Ortopedista com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência.
- Enfermeiro com experiência em cuidados de emergência – SAV, Suporte de Vida em Trauma e Suporte de Vida Pediátrico. Enfermeiro com formação especializada em Pediatria e formação em Suporte Avançado de Vida Pediátrico, em caso de crianças, se existir.
- Segundo Enfermeiro (se houver necessidade e/ou possibilidade de afectação) com experiência em cuidados de emergência - SAV e Suporte de Vida em Trauma.
- Auxiliar de Acção Médica, conhecedor da metodologia de trabalho de uma Sala de Emergência com formação em SBV e Técnicas de Trauma.

Considerando a situação, poderá ser solicitada apoio consultivo às diferentes especialidades. Segundo a DGS (2010), equipa de trauma consultiva é a equipa multidisciplinar que apoia a equipa nuclear já descrita anteriormente, esta equipa, no

todo ou em parte, poderá ser necessária para a abordagem do doente traumatizado em Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica ou Polivalente. É fundamental que os elementos que a compõem tenham conhecimento dos protocolos de trauma em vigor. A sua intervenção na abordagem e tratamento de lesões deve ser feita com a adequada articulação e sob a orientação do Coordenador da Equipa de Trauma.

A abordagem inicial /exame primário deve ser efectuada em qualquer nível de cuidados. Mais do que dos recursos existentes, a abordagem inicial está dependente da organização e da estruturação do atendimento.

A sequência “ABCDE” do American College of Surgeons é a metodologia universalmente aceite e a recomendada no nosso País e consiste em:

A – *Via aérea com controlo cervical*, avaliação e controlo da via aérea, através de técnicas básicas e avançadas, tendo sempre em consideração a estabilização cervical.

B – *Ventilação e oxigenação*, avaliar e controlar a ventilação assistida e entubação endo – traqueal, se necessário potenciando a oxigenação.

C – *Circulação com controlo de hemorragias*, pesquisar sinais de choque, pesquisar e controlar a hemorragia externa, diagnosticar a hemorragia interna e iniciar reanimação com fluidos, se necessário.

D – *Disfunção neurológica*, avaliar e monitorizar a presença ou evolução do estado de consciência e défices neurológicos.

E – *Exposição*, expor a vítima, controlando a temperatura e pesquisando outras lesões.

Esta fase dos cuidados clínicos exige acções bem coordenadas, a metodologia de intervenção deve ser efectuada em equipa, em que cada elemento tem objectivos claros e responsabilidades bem definidas, nessa sequência de intervenção, de modo a possibilitar uma mais rápida identificação e correcção das anomalias encontradas.

A par desta avaliação inicial, deve proceder-se à monitorização da vítima, respectivas rotinas, colheitas laboratoriais, bem como exames imagiológicos, conforme norma instituída no SU.

Após esta fase deve ser feita uma avaliação secundária, em que se faz uma apreciação pormenorizada e detalhada de toda a vítima com o intuito de diagnosticar todas as lesões minor.

O processo formativo constitui um investimento quando enquadrado em projecto global de melhoria da organização e prestação de cuidados ao

traumatizado, a formação será determinante para a resposta adequada ao trauma, para a rentabilização da capacidade instalada, para a planificação correcta dos cuidados, com o objectivo de conferir competências práticas para o bom desempenho.

A formação permanente assume um papel determinante, tendo em vista a excelência na qualidade. Qualquer elemento da equipa multidisciplinar, tem constantemente que investir na aquisição e aprofundamento das competências, tendo em conta as constantes evoluções da ciência.

Tendo em conta Dias *et al* (2003, p.59) a formação permanente está vocacionada *“para transmitir a aprofundar conhecimentos nas vertentes teóricas e práticas; é divisível em contínua e em serviço, sendo aquela a porção que se alcança com a frequência de jornadas, congressos e demais eventos da mesma natureza. A formação em serviço tem os mesmos objectivos que a anterior, com a particularidade única de se desenrolar no âmbito e contexto laboral”*

A implementação da VVT implica a formação específica, devendo o programa de formação incluir cursos de três tipos:

- Curso de Suporte Avançado de Vida em Trauma, para médicos;
- Curso de Suporte de Vida em Trauma, para enfermeiros;
- Curso de Técnicas de Trauma para assistentes operacionais.

A par da formação dos grupos profissionais existente, considerando a debilidade da presente realidade, reconhecendo a importância dos cuidados iniciais no local e durante o transporte, bem como valorizando a experiência internacional, assume-se como estratégico o investimento na profissionalização dos serviços no socorro pré hospitalar.

A DGS também refere a importância de assegurar a existência e a acessibilidade imediata do material, equipamento e fármacos necessários à concretização dos vários passos, inerentes ao nível de responsabilidade do SUMC.

A AHRQ (2003) define os erros em cuidados de saúde como “ enganos realizados no processo de cuidados e que resultam ou têm potencial para resultar em dano para o doente”. A mesma agência apresenta os erros em quatro categorias: erros de diagnóstico; de tratamento; de cuidados preventivos e erros envolvendo falhas (que poderão ser do sistema de comunicação, dos equipamentos e do sistema de cuidados de saúde).

Neste sentido importa implementar um programa de melhoria da qualidade da abordagem e tratamento do doente traumatizado. Este terá diferentes níveis de complexidade, sendo recomendável que se proceda gradualmente à sua evolução e implementação através de reuniões de discussão de mortalidade e morbilidade, criação de um painel de revisão das “mortes evitáveis”, monitorização de “filtros de auditoria”, complicações e efeitos adversos e adopção de medidas correctivas.

3. CONCLUSÃO

O presente trabalho resulta de uma necessidade, de dotar os elementos de equipa multidisciplinar do serviço de urgência, de informação e competências de como deve ser usada e aplicada a via verde do trauma.

Pretende-se com este projecto, que a equipa multidisciplinar seja capaz de actuar face a uma situação de uma vítima de trauma, de modo que a prestação de cuidados seja realizada de uma forma célere e eficiente na resposta ao doente vítima de trauma. Esta implementação da via verde do trauma resulta de uma obrigação legal, em todo o país, fazendo com que a resposta ao doente vítima trauma seja feita, com o acompanhamento adequado por parte de uma equipa multidisciplinar, que envolve os meios de socorro pré-hospitalares, assegurando por todos os meios disponíveis e a abordagem mais correcta e estabilização da vítima no local do acidente, o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à recepção adequada na unidade de saúde.

A via verde do trauma pretende assegurar a continuidade dos cuidados e a transmissão da informação pertinente, sustentada em registos adequados, no momento da recepção do indivíduo vítima de trauma, na unidade hospitalar de referência.

A utilização de normas e protocolos tem como vantagens permitir a uniformização e universalização de acções, e sendo desenvolvidas com base em evidências científicas, constituem ferramentas que podem ajudar os profissionais a identificar os cuidados adequados à saúde para circunstâncias clínicas específicas.

O uso desta norma, como instrumento prático e simples, permite estabelecer uma metodologia segura que engloba uma sequência de procedimentos que permitem minimizar os riscos específicos.

Pensamos com este trabalho ter atingido o objectivo proposto inicialmente e reflectido na importância do mesmo. Gostaríamos de ter implementado a norma por nós elaborada, mas tal não depende da nossa vontade, dado que a mesma necessita de aprovação por parte da direcção hospitalar, contudo propomo-nos discutir e reflectir sobre este tema numa formação em serviço com a equipa multidisciplinar.

BIBLIOGRAFIA

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (s.d.), “**Advancing Excellence in Healthcare**”. Página consultada a 25 de Maio de 2010, <http://www.ahrq.gov>

COMISSÃO REGIONAL DO DOENTE CRÍTICO. **Um ano de reflexão e mudança**. Porto, Administração Regional de Saúde do Norte, 2009 www.arsnorte.min-saude.pt

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE- **Circular Normativa nº 07/DQS/DQC**,2010

MASSADA,_S.R.- **Avaliação e Ressuscitação do Doente com Trauma Grave. Normas de Orientação Clínica e Administrativa**, Porto. Medisa - Edições e Divulgações Científicas, 2002

MATEUS, B.A.- **Emergência médica pré-hospitalar - Que realidade** Loures. Lusociência, 2007

MOCKC et al- **Guidelines for essencial trauma care**. Geneva, World Health Organization, 2004.

ORDEM DOS MÉDICOS- **Normas de Boa Prática em Trauma**, Lisboa, 2009

SÁ-CHAVES, I. – Formação, competências e conhecimento profissional. in: Costa, M., Mestrinho, M., Sampaio, M. **Ensino de enfermagem: processos e percursos de formação balanço de um projecto**. Lisboa, Departamento de Recursos Humanos da Saúde,pp.39-48,2000.

ANEXO

Norma da Via verde de trauma



				N.º / Revisão –	
				Data –	
Tipo de documento: Norma				Previsão revisão – 3 anos	
Nome: Via Verde do Trauma				Página 1 de 5	
Palavras-chave					
<u>Elaborado em</u>		<u>Aprovado em</u> ____/____/____		<u>Doc. Revogados</u> ____/____/____	

Âmbito

Aplica-se na abordagem dos utentes vítimas de trauma no serviço de Emergência do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (CHEDV).

Objectivos

- Orientar adequadamente os utentes vítimas de trauma, abordando-os de maneira sistematizada, de forma a recuperar integralmente o utente, ou monitorizar as consequências das suas lesões.
- Criar registo em trauma.

Referências

Descrição

4.1 Triagem

4.1.1 A triagem é feita pelo Enfermeiro, através da aplicação dos seguintes critérios de activação da Via Verde de Trauma (VVT):

Sinais vitais e nível de consciência

- Frequência respiratória <10 ou> 29 C/minuto
- SaO₂ <90% com O₂ suplementar
- Pressão Arterial sistólica <90 mmHg
- Escala de coma de Glasgow <14 ou queda <2 pontos desde o acidente

Anatomia da lesão:

- Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, períneo, proximal ao cotovelo e ou joelho
- Retalho costal
- Fracturas de 2, ou mais ossos longos
- Fractura da bacia
- Fractura do crânio com afundamento, com ECG <14



- Amputação proximal ao punho e/ou ao tornozelo
- Associação trauma+ queimaduras
- Queimaduras Major/ Graves: 2º Grau > 20% ou 3º Grau > 5%
- Queimaduras com inalação
- Queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, circunferenciais mãos ou pés

Contudo aquando da existências de co-morbilidades importantes e/ou extremos de idade, poderá ser considerada a activação da equipa.

4.1.2 As vítimas que apresentem critérios de activação da V.V.T. deverão ser encaminhadas para a sala de reanimação, todas as outras vítimas deverão ser encaminhadas para a Pequena Cirurgia (PC)

4.2 Admissão na sala de reanimação

4.2.1 Equipa de Trauma

- Intensivista ou, na sua ausência, Médico com formação e experiência em Medicina de Emergência, com a competência em Emergência. Em caso de criança, Médico Pediatra com SAV Pediátrico, se existir
- Médico Anestesista com formação e experiência em trauma (recomenda-se o reconhecimento da Competência em Emergência Médica).
- Médico Cirurgião com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência (recomenda-se o reconhecimento da Competência em Emergência Médica).
- Médico Ortopedista com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência.
- Enfermeiro com experiência em cuidados de emergência - SAV, Suporte de Vida em Trauma e Suporte de Vida Pediátrico. Enfermeiro com formação especializada em Pediatria e formação em Suporte Avançado de Vida Pediátrico, em caso de crianças, se existir.
- Segundo Enfermeiro (se houver necessidade e/ou possibilidade de afectação) com experiência em cuidados de emergência - SAV e Suporte de Vida em Trauma.
- Auxiliar de Acção Médica, conhecedor da metodologia de trabalho de uma Sala de Emergência com formação em SBV e Técnicas de Trauma.

4.2.2 Considerando a situação, poderá ser solicitado apoio consultivo às especialidades adequadas (cirurgia, Ortopedia, Pediatria, Neurologia, etc.)



4.3 Procedimentos na sala de reanimação

4.3.1 Avaliação inicial

A abordagem inicial/exame primário deverá ser realizado e cumprido em menos de 20 minutos.

A sequência a aplicar deve ser a “ABCDE”, estabelecida pelo American College of Surgeons.

A- Via aérea com controle cervical – avalia e controle a V.A., através de técnicas básicas e avançadas, tendo sempre em consideração a estabilização cervical.

B- Ventilação e oxigenação – avaliar e controlar a ventilação assistida e EET se necessário potenciando a oxigenação.

C- Circulação com controle de hemorragia, pesquisar sinais de choque, pesquisar e controlar hemorragia externa, diagnosticar a hemorragia interna e iniciar reanimação com fluidos se necessário.

D- Disfunção neurológica – avaliar e monitorizar a presença ou evolução do estado de consciência e défices neurológicos.

E- Exposição – Expor a vítima, controlando a temperatura e pesquisando outras lesões.

4.3.2 Adjuvantes da avaliação inicial

Monitorização

- Frequência respiratória
- Oximetria de pulso
- CO2 expirado em doentes ventilados
- Electrocardiograma e frequência cardíaca
- Pressão arterial
- Gases do sangue
- Temperatura
- Débito urinário
- Monitorização de lactato sérico

Rotinas e colheitas laboratoriais

- Introdução de sonda gástrica
- Algáliação, após avaliação perineal
- Glicemia capilar
- Hemograma com contagem de plaquetas
- Estudo da Coagulação
- Grupo de Sangue com provas cruzadas
- Bioquímica
- Alcoolemia
- Pesquisa de tóxicos e/ou drogas de abuso
- β HCG – nos doentes do sexo feminino entre os 12 e os 50 anos



Imagiologia

Os exames radiológicos a requisitar nesta fase deverão ser definidos em função da avaliação previamente realizada. Contudo todas as vítimas devem realizar por rotina, os seguintes exames:

- Radiografia antero-posterior do tórax (na sala de emergência sempre que possível)
- TAC cervical, desde o occipital até T1, com reconstruções sagitais e coronais
- Radiografia antero-posterior e de perfil de toda a coluna, se o doente estiver em coma ou não colaborante.
- Radiografia da bacia (na sala de emergência que sempre possível).
- Ecografia Toraco-Abdominal ("FAST", na Sala de emergência sempre que possível).
- TAC cerebral.
- A ecografia Toraco-Abdominal deve ser executada durante a fase C da avaliação primária, pois o seu objectivo é identificar o local de hemorragia. No entanto, nenhum destes exames tem precedência sobre os procedimentos considerados emergentes.
- Os restantes exames radiológicos serão definidos em função do resultado da avaliação total do doente.

A realização de exames que impliquem o transporte da vítima deverá ser devidamente planeada da maneira a respeitar as normas de transporte de doentes críticos.

4.3.3 Avaliação Secundária

Nesta fase deverá ser feito uma avaliação pormenorizada e detalhada de toda a vítima com o intuito de diagnosticar todas as lesões minor

- Analgesia adequada
- Profilaxia antibiótica, se indicada
- Profilaxia antitetânica, se indicada
- Análises clínicas
- Registos de dados que permitem a caracterização da situação
- Avaliação da evolução da resposta à terapêutica instituída
- Definição de diagnósticos de presunção
- Formulação de um plano de actuação, para tratamento definitivo e identificação do destino final do doente



Deve decidir-se ainda sobre:

- Realização de novos exames complementares de diagnóstico
- Cirurgia emergente correctiva (se as condições clínicas do doente o permitirem) ou cirurgia de controlo de dano (*Damage Control Surgery*)
- Cirurgia em segundo tempo (pelas razões anteriores ou outras)
- Observação / Vigilância
- Internamento
- Nível de internamento: unidade intensiva, unidade intermédia ou enfermaria
- Transferência externa

Destinatários

Todos os colaboradores do CHEDV – Unidade da Feira

Anexos

B) Diapositivos da Formação

NORMA DA VIA VERDE DE TRAUMA

Aires Moutinho
Almerinda Soares

1

Objectivo da Formação

- ❖ Expor a norma da Via Verde de Trauma (VVT) a Enfermeiros do Serviço de Urgência
- ❖ Dar resposta ao cumprimento da Circular Normativa da Direcção Geral de Saúde
(Nº 07/ DGS/DOCO de 31/03/2010)

2

Âmbito da VVT

- ❖ Aplica-se na abordagem e tratamento dos utentes vítimas de trauma, no serviço de Urgência/Emergência

3

Objectivos da VVT

- Orientar adequadamente os utentes vítimas de trauma, abordando-os de forma sistematizada, no sentido de recuperar integralmente ou minorar as consequências das suas lesões.

- Criar registo em trauma

Dados epidemiológicos
(realidade Portuguesa)



Um ELO da cadeia

4

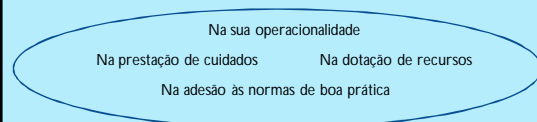
Registo de trauma

- É fundamental para estabelecer um plano de acção no tratamento da vítima de trauma
- Permitindo analisar
- Incidência
 - Prevalência geográfica
 - Causas e severidade da lesão
 - Identificação do acesso de cuidados
 - Eficácia do tratamento e desvios das normas
 - Resultados e custos associados

5

Registo de trauma

- A análise dos dados permite delinear estratégias para
- Desenvolvimento de programas de prevenção
- Identificação de áreas do sistema com necessidade de medidas para melhoria :



- Monitorizar o sistema para implementação de medidas correctivas

6

Registo de trauma

“Quando aquilo que falamos é mensurável, sabemos algo sobre o assunto, mas quando não o podemos medir e expressar em números o conhecimento é escasso e insatisfatório”....**Lord Kelvin**_{en} (1870)

(1) matemático e físico britânico

7

Triagem

É feita pelo Enfermeiro através da aplicação dos seguintes critérios de activação da via verde:

Sinais Vitais e Nivel de Consciência:

- ❑ Frequência Respiratória < 10 ou > 29 ciclos / minuto
 - ❑ SaO₂ < 90% com O₂ suplementar
 - ❑ Pressão Arterial Sistólica < 90 mmHg
- ❑ Escala de Coma de Glasgow < 14 ou queda > 2 pontos desde acidente

Anatomia da Lesão :

- ❑ Trauma penetrante: cabeça, pescoço, tórax, abdómen, perineo, proximal ao cotovelo e ou Joelho
 - ❑ Retalho costal
 - ❑ Fractura de 2 ou + ossos longos
 - ❑ Fractura da bacia
 - ❑ Fractura do crânio com afundamento
- ❑ Amputação proximal ao punho e/ou ao tornozelo
 - ❑ Associação trauma + queimaduras
- ❑ Queimaduras Major / Graves: 2º Grau > 20% ou 3º Grau > 5%
 - ❑ Queimaduras com inalação
- ❑ Queimaduras da face, pescoço, tórax, perineo, circunferenciais mãos ou pés

8

Encaminhamento

Vítimas que anunciem critérios de VVT



SALA DE EMERGÊNCIA

Outras vítimas de trauma



SALA DA PC

9

Alerta

- **A Equipa de Trauma, em qualquer nível, deverá responder imediatamente após ter sido activada**

10

Admissão na sala de emergência

Equipa de Trauma

- Intensivista ou, na sua ausência, Médico com formação e experiência em Medicina de Emergência, com a Competência em Emergência. Em caso de criança, Médico Pediatra com SAV Pediátrico, se existir
- Médico Anestesista com formação e experiência em trauma (recomenda-se o reconhecimento da Competência em Emergência Médica).

11

Admissão na sala de emergência

(Cont.)

- Médico Cirurgião com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência (recomenda-se o reconhecimento da Competência em Emergência Médica).
- Médico Ortopedista com formação e experiência em trauma e cirurgia de emergência

12

Admissão na sala de emergência

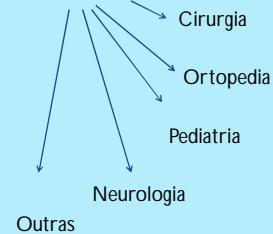
(Cont.)

- Enfermeiro com experiência em cuidados de emergência - SAV, Suporte de Vida em Trauma e Suporte de Vida Pediátrico. Enfermeiro com formação especializada em Pediatria e formação em Suporte Avançado de Vida Pediátrico, em caso de crianças, se existir.
- Segundo Enfermeiro (se houver necessidade e/ou possibilidade de afectação) com experiência em cuidados de emergência - SAV e Suporte de Vida em Trauma.
- Auxiliar de Acção Médica, conhecedor da metodologia de trabalho de uma Sala de Emergência com formação em SBV e Técnicas de Trauma

13

Admissão na sala de emergência

Equipa de Trauma Consultiva



14

Procedimentos na sala de reanimação

AVALIAÇÃO INICIAL E RESSUSCITAÇÃO



15

Procedimentos na sala de reanimação

AVALIAÇÃO INICIAL E RESSUSCITAÇÃO

- A – AIRWAY** : Assegurar a via aérea mantendo a coluna cervical estabilizada
- B – BREATHING** : Promover suporte ventilatório e oxigénio para manter SaO₂ >95%
- C – CIRCULATION**: Controlar hemorragia significativa e reposição de volémia
- D – DISABILITY**: Avaliação do estado neurológico (Escala de Coma de Glasgow)
- E – EXPOSITION** : Exposição

16

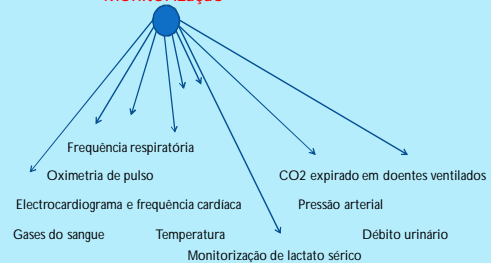
Objectivo:

Identificar e tratar lesões ➔ risco morte

17

Adjuvantes da avaliação inicial

Monitorização



18

Adjuvantes da avaliação inicial

Rotinas e exames laboratoriais

- Introdução de sonda gástrica
- Algaliação, após avaliação perineal
- Glicemia capilar
- Hemograma com contagem de plaquetas
- Estudo da Coagulação
- Grupo de Sangue com provas cruzadas
- Bioquímica
- Alcoolemia
- Pesquisa de tóxicos e/ou drogas de abuso
- B HCG – nos doentes do sexo feminino entre os 12 e os 50 anos

19

Adjuvantes da avaliação inicial

Imagiologia

- Radiografia antero-posterior do tórax
 - TC cervical, desde o occipital até T1, com reconstruções sagitais e coronais
 - Radiografia antero-posterior e de perfil de toda a coluna, se o doente estiver em coma ou não colaborante.
 - Radiografia da bacia (na sala de emergência que sempre possível).
 - Ecografia Toraco-Abdominal ("FAST", na Sala de emergência sempre que possível).
 - TC cerebral
- SOS: A realização de exames fora da sala de Emergência ➡ Riscos
(normas de transporte de doente críticos)

20

Avaliação secundária

- Analgesia adequada
- Profilaxia antibiótica, se indicada
- Profilaxia antitétânica, se indicada
- Análises clínicas
- Registos de dados que permitem a caracterização da situação
- Avaliação da evolução da resposta à terapêutica instituída
- Definição de diagnósticos de presunção
- Formulação de um plano de actuação, para tratamento definitivo e identificação do destino final do doente

21

Conclusão

- A utilização de normas e protocolos tem como vantagens permitir a uniformização e universalização de acções, e sendo desenvolvidas com base em evidências científicas, constituem ferramentas que podem ajudar os profissionais a identificar os cuidados adequados à saúde para circunstâncias clínicas específicas.
- O uso desta norma, como instrumento prático e simples, permite estabelecer uma metodologia segura que engloba uma sequência de procedimentos que permitem minimizar os riscos inerentes.

22

"Não é preciso entrar para a história para fazer um mundo melhor."

(Gandhi)

23

ANEXO IV

Acção de Formação “Sledd uma realidade na UCI ”

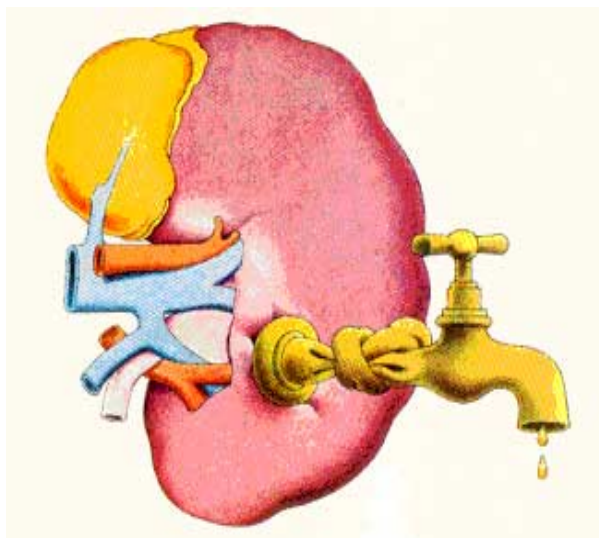
- A) Contextualização teórica do tema
- B) Plano da sessão
- C) Diapositivos da Formação



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

SLEDD UMA REALIDADE NA UCI



Aluno: Almerinda Soares

Porto, Novembro de 2010

SUMÁRIO

0. INTRODUÇÃO.....	02
1. IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM	04
2. SLEDD UMA REALIDADE NA UCI-CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	06
3. CONCLUSÃO	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	13

0. INTRODUÇÃO

Este trabalho surge enquadrado no âmbito do 3º curso de Mestrado de Ciências da Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto das Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa e resulta da identificação de uma necessidade formativa identificada no contexto de um processo de implementação/ formação de uma técnica dialítica na Unidade de Cuidados Intensivos Cardio-Torácicos (UCICT), no período em que decorre o estágio.

Ao reflectirmos sobre a profissão de enfermagem enquanto disciplina podemos constatar que esta tem vindo a sofrer mudanças significativas ao longo dos tempos. Os documentos que suportam o exercício da prática – carreira, regulamento do exercício profissional dos enfermeiros e os estatutos da ordem – advogam um cada vez maior empenhamento dos enfermeiros na actualização e aperfeiçoamento dos seus conhecimentos e desenvolvimento de trabalhos de investigação na área da Enfermagem.

Concordamos com NUNES (2003: 347), ao afirmar que “ É da formação que decorre um corpo de profissionais qualificados para o exercício – por si só, não confere imagem de marca, com o estatuto de curso superior. Esta credibilidade, estamos convictos, virá da prática dos cuidados, sendo a formação um dos instrumentos de reflexão e mudança, um terreno propício à crítica e à renovação.”

A formação permanente assume um papel determinante, tendo em vista a excelência na qualidade dos cuidados de enfermagem, e consequentes ganhos em saúde. Neste sentido efectuei uma formação subordinada ao tema “ *SLEDD uma realidade na UCI*”.

Sendo uma das competências do enfermeiro especialista actuar “ (...) como formador oportuno em contexto de trabalho (...) ” (OE, 2009: 20) entendi, em conjunto com o meu tutor e após levantamento dessa necessidade formativa por via informal com restante equipa de enfermagem, que era apropriado a realização da formação atrás mencionada, uma vez que técnica foi implementada na UCICT há escassos meses, os enfermeiros ainda revelam algumas dificuldades e pareceu-nos que fazia todo o sentido, aproveitar a minha experiência de muitos anos a lidar com esta técnica dialítica, no que respeita não só à formação em contexto de sala, de teor mais teórico, mas através de formação na prática, enquanto o doente efectuava a técnica.

A disfunção/falência renal no contexto de falência múltipla de órgãos, ou no caso concreto da UCICT, no pós- operatório de cirurgia cardíaca, constitui um problema comum nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI' s), sendo responsável por um agravamento significativo da morbilidade e mortalidade dos doentes acometidos, com necessidade de iniciar

uma técnica de substituição da função renal. O método dialítico mais adequado para os doentes hemodinamicamente instáveis, é ainda bastante controverso.

Recentemente foram descritas as técnicas dialíticas intermitentes adaptadas (SLEDD), que oferecem mais-valias relativamente às técnicas dialíticas contínuas, pela sua eficácia, baixo custo, pouca complexidade técnica e boa tolerância pelo doente crítico.

A SLEDD combina as vantagens das técnicas contínuas de substituição da função renal com as da hemodiálise intermitente e tem vindo a ser utilizada de forma crescente nas UCI's.

1. IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Aprender ao longo da vida, é cada vez mais uma necessidade imperiosa dos enfermeiros, tendo em conta a constante evolução científica, tecnológica e social, em todos os domínios.

A formação é um processo de socialização, que coincide com o percurso profissional de cada indivíduo, dando-lhes a possibilidade de adquirirem ou aperfeiçoarem os conhecimentos, as capacidades e os comportamentos para exercerem as suas funções com competência, e estarem preparados para os futuros desafios profissionais, sendo eles próprios, um factor essencial de desenvolvimento das organizações, pois esta formação permite-lhes uma adequação constante ao meio envolvente e valoriza a produção. (CASTRO, 2007: 14)

Para DIAS (2004: 58) *“a formação é um processo de transformação individual que envolve a dimensão “do saber (conhecimento), do saber-fazer (capacidades), do saber-ser (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações e a permanente actualização e adaptação que estas exigem) ”.* ALMEIDA (2004: 312), por outro lado, enfatiza a formação profissional como uma prática de recursos humanos. O mesmo autor, refere que o objectivo da formação profissional é *“promover, modificar comportamentos no sentido de cumprir os objectivos organizacionais de desenvolvimento”.* Alguns autores tendem a incluir ambas as formas formais e informais de aprendizagem, enquanto outros restringem o conceito às formas formais e organizadas de formação.

Para DIAS (2004: 59) a formação permanente está vocacionada *“para transmitir a aprofundar conhecimentos nas vertentes teóricas e práticas; é divisível em contínua e em serviço, sendo aquela a porção que se alcança com a frequência de jornadas, congressos e demais eventos da mesma natureza. A formação em serviço tem os mesmos objectivos que a anterior, com a particularidade única de se desenrolar no âmbito e contexto laboral”*

Neste sentido, os locais de trabalho apresentam um elevado potencial formativo. São espaços de socialização profissional, determinando a interiorização mais ou menos consciencializada de valores, normas e regras para a acção, e permitindo aos actores a construção de mundos institucionais especializados, a aquisição de conhecimentos específicos – os saberes profissionais – e o desenvolvimento de papéis directa ou indirectamente dependentes da divisão social do trabalho. Estes locais de trabalho envolvem também outros tempos formativos mais formalizados, baseados, por exemplo, em momentos de reflexão grupal, em acções de formação, etc.

A formação do enfermeiro é um processo global de educação permanente. Entende-se hoje, que a educação permanente *“é um processo contínuo e global de formação que engloba a aprendizagem inicial e a que se desenrola lado a lado com o trabalho, estendendo-se durante toda a*

existência e considerando-se parte integrante da vida. A formação dos profissionais assume-se como um continuum que começa na formação base e inclui a complementar e a formação contínua. A tónica da formação de adultos é colocada mais no seu carácter activo que na recepção de informação, por se tratar de formação na acção e sobre a acção, as actividades assumem importância central” (NUNES, 2003: 347).

“Os enfermeiros ao começarem progressivamente a consciencializar-se da qualificação que possuem e dos saberes que mobilizam nos contextos diários de trabalho procuram: (1) conciliar as melhores formas de transferir o «conhecimento científico» para o aplicar no quotidiano e (2) compreender como o trabalho técnico - intelectual promove ou não essa transferência.” (AMENDOEIRA, 2006: 22).

No entanto, segundo Le Boterf (1994), citado por DIAS (2004: 60), é necessário não confundir a noção de competência com os conhecimentos adquiridos através da formação. Os conhecimentos adquiridos através da formação estão evidentes no maior grau de conhecimentos e nas capacidades desenvolvidas após a formação profissional. As competências desenvolvem-se, surgem pela aplicação adequada e congruente às situações concretas de trabalho, desses mesmos conhecimentos. Para se ser competente não basta ser detentor de conhecimentos e capacidades.

BENNER (2001), no seu livro de Iniciado a Perito, identifica cinco níveis de competência na prática clínica da enfermagem. A autora defende que independentemente dos conhecimentos obtidos através da formação, as competências desenvolvem-se ao longo da vida profissional no contexto do trabalho. Esses níveis são: Iniciado, Iniciado avançado, Competente, Proficiente e Perito. Existe uma evolução gradual e temporal. Tal como nos refere DIAS (2004: 64) *“leva-nos a acreditar que este desenvolvimento das competências, mais ou menos rápido, se deve à capacidade de reflexão e interiorização, ligado às características individuais do individuo e aos contextos do trabalho. A formação em serviço terá que desenvolver uma flexibilidade crítica dos formandos perante situações de trabalho.”*

A formação em serviço assume um papel fundamental na actualização dos conhecimentos e no aperfeiçoamento da prática de enfermagem, procurando sempre a excelência dos cuidados. Sendo um direito, é igualmente um dever dos profissionais e o seu sucesso depende do envolvimento de todos. É essencial a convergência entre interesses institucionais, realidade dos serviços e ambições individuais.

2. SLEDD UMA REALIDADE NA UCI- CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

A Insuficiência Renal Aguda (IRA) no doente crítico é uma situação clínica grave com elevadas taxas de morbilidade e mortalidade. Desenvolve-se habitualmente num contexto de falência multiorgânica com um peso bastante relevante em termos de índices de gravidade e de carga de trabalho em unidades de cuidados intensivos. (GOMES, 2009: 19)

O método dialítico mais adequado para os doentes hemodinamicamente instáveis, é ainda bastante controverso.

No contexto de cuidados intensivos os doentes hemodinamicamente instáveis são habitualmente submetidos a técnicas contínuas, como hemodiafiltração venovenosa contínua (HDFVVC) ou a hemofiltração venovenosa contínua (HFVVC), principalmente quando coexiste algum tipo de suporte circulatório com amins.

Este tipo de técnicas tem vantagens, permitindo melhor estabilidade hemodinâmica, aumento da tolerância à ultrafiltração, permitindo remover maior quantidade de fluidos, melhor controlo metabólico, mesmo em doentes hipercatabólicos, retirada de imunomoduladores na sépsis. Mas tem também os seus inconvenientes, nomeadamente a exposição contínua do sangue a um circuito extra-corporal e a uma solução de dialisante e reposição que estando á temperatura ambiente, provocam alterações na temperatura corporal e consequentes alterações do débito cardíaco e perfusão tecidular, hipocoagulação prolongada, necessidade, por vezes, de interrupções no tratamento o que diminui a sua eficácia e elevados custos, inerentes ao seu uso, quando comparado a hemodiálise convencional.

Porém, recentemente foram descritas as técnicas dialíticas intermitentes adaptadas, que oferecem vantagens potenciais relativamente às técnicas dialíticas contínuas (VAN BIESEN, 2003). Estas são também denominadas de diálise diária prolongada (*daily extended dialysis*), técnicas dialíticas híbridas (*hybrid renal replacement techniques*), diálise diária sustida de baixa eficácia (*sustained low-efficient daily dialysis*) ou diálise diária de baixa eficácia (*slow low efficient daily dialysis, SLEDD*) (MARSHALL, 2004).

Estas técnicas foram iniciadas em Julho de 1998 na Universidade do Arkansas (*University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock, AR*) utilizando um monitor de diálise convencional Fresenius 2008H em tratamentos dialíticos nocturnos com 12 horas de duração.

A SLEDD, combina as vantagens das técnicas contínuas de substituição da função renal com as da hemodiálise intermitente e tem vindo a ser utilizada de forma crescente nas Unidades de Cuidados Intensivos.

Está indicada em doentes com Insuficiência Renal Aguda, Crónica agudizada ou Crónica, Sépsis /Choque Séptico, Insuficiência Cardíaca / Pós- operatório de Cirurgia Cardíaca, Síndrome de Dificuldade Respiratória do Adulto, Intoxicações, Falência hepática entre outras.

A SLEDD é uma técnica dialítica híbrida na qual se usa um monitor de diálise convencional com duração mais prolongada e com uma velocidade de sangue e dialisante inferior á diálise convencional. Nesta técnica pretende-se submeter o doente a uma diálise lenta de baixa eficácia entre 6 a 12 horas de duração, com a intenção de substituir a exposição do doente a uma técnica contínua (durante 24 horas por dia).

Relativamente às técnicas dialíticas às intermitentes convencionais (Hemodiálise), as principais diferenças da SLEDD, residem na duração do tratamento (superior a seis horas), na velocidade da bomba de sangue (inferior ou igual a 200 ml/minuto) e na velocidade da bomba do dialisante (300ml/minuto).

Este método dialítico é tecnicamente simples, porque utiliza a máquina de diálise convencional, é seguro e cómodo, permite uma baixa taxa de ultrafiltração com manutenção da estabilidade hemodinâmica; remoção de solutos de baixa eficiência, minimizando desequilíbrios solutos; tratamento prolongado, optimizando a dose de diálise fornecida; tratamento intermitente, possibilitando a deslocação do doente para realização de exames diagnósticos e actos terapêuticos, sempre que necessário; menos dispendiosa que as técnicas contínuas. (CARVALHO, 2009: 17).

Na revisão de literatura efectuada, a evidência a nível nacional é escassa para apoiar as vantagens da SLEDD face às técnicas contínuas, no entanto destaco, um estudo retrospectivo, não randomizado, realizado por PAULO MARCELINO et al, (2006), realizado na Unidade de Cuidados Intensivos, Hospital Curry Cabral, Lisboa, em que foram avaliados dois grupos de doentes em dois períodos de tempo distintos. Esse trabalho consistiu num estudo comparativo de duas populações de doentes críticos com o objectivo de avaliar os seguintes aspectos: a possibilidade das técnicas dialíticas híbridas (TDH) se constituir numa alternativa às técnicas dialíticas contínuas (TDC) no tratamento da IRA em Cuidados Intensivos em doentes com semelhante gravidade clínica; o seu impacto na mortalidade e no controlo urémico dos doentes tratados.

Neste estudo, as TDH constituíram uma alternativa válida relativamente às TDC em Cuidados Intensivos no tratamento da IRA em doentes em instabilidade hemodinâmica. São bem toleradas, eficazes em termos depurativos, permitem utilizar monitores de diálise convencional. Relativamente ao grupo tratado com hemodiafiltração, os doentes submetidos a TDH registaram uma menor mortalidade, mas sem atingir significado estatístico.

No entanto, será necessário realizar estudos multicêntricos e randomizados, para responder a questões sensíveis nesta área, entre as quais a superioridade das TDH face às TDC.

No que respeita à evidência internacional, saliento KUMAR et al (2000), que na sua publicação comparam dois grupos de doentes, um submetido a TDH e outro submetido a TDC. O tempo médio de tratamento por sessão da TDH, foi de 7.5 horas e de 19.5 horas para o grupo submetido a TDC. Os resultados revelaram uma boa tolerância hemodinâmica à TDH e uma utilização significativamente menor de anticoagulante (Heparina).

Num estudo mais recente deste autor, que envolveu 54 doentes num período de dois anos, num estudo prospectivo e randomizado com um braço constituído por doentes sujeitos a TDC e outro por doentes sujeitos a TDH; confirmou os resultados anteriormente obtidos. (KUMAR, 2004).

Todos os trabalhos citados correspondem no entanto, a estudos realizados em pequenos grupos de doentes num único centro.

MEHTA et al. (2001), realizou um estudo multicêntrico que envolveu 166 doentes e não encontrou diferenças com significado estatístico entre os doentes tratados com TDH e TDC no que respeita à mortalidade e recuperação da função renal. Contudo, doentes com hipotensão severa (valor de pressão arterial sistólica <70 mmHg) foram excluídos.

TONELLI et al. (2002) numa meta-análise, fez um estudo comparativo de dois grupos de doentes de Cuidados Intensivos, tratados com técnicas dialíticas híbridas (TDH) ou hemodiafiltração, avaliando o seu impacto na estabilidade hemodinâmica, no controlo urémico e mortalidade. as TDC mostraram ser uma alternativa válida à hemodiafiltração nos doentes estudados. No grupo tratado com TDH obteve-se um melhor controlo urémico.

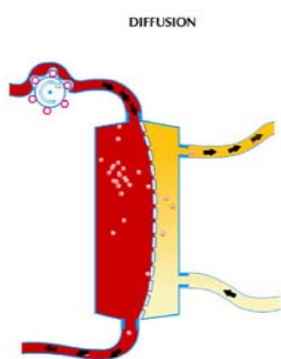
Para que a implementação desta técnica seja simples e bem sucedida, é fundamental uma cooperação sinérgica entre as diversas partes intervenientes no processo, nomeadamente os intensivistas, nefrologistas e ambas as equipas de enfermagem. A aquisição de conhecimentos e formação dos profissionais sobre o funcionamento e manuseamento da técnica são essenciais para uma correcta prática médica e para uma implementação com sucesso da SLED na UCI. (CARVALHO, 2009: 17).

A importância do trabalho de equipa na parceria do serviço de nefrologia e restantes UCI's, tanto na formação dos enfermeiros, como no esclarecimento e solução de situações novas e imprevistas em caso de necessidade, é de extrema importância, no sentido de diminuir o tempo de espera resolução de problemas, diminuindo o stress na unidade pela presença de alarmes, permitindo uma melhor gestão por parte do enfermeiro responsável pelo doente na prestação dos cuidados.

Os métodos dialíticos são empregados nos doentes com IRA, com o objectivo de depurar as diferentes substâncias que são acumuladas no organismo em decorrência, ou mesmo causa, da falência da função renal. Genericamente, o termo diálise se refere ao movimento de moléculas através de uma membrana semi-permeável. Clinicamente, esse princípio é aplicado para promover a saída e/ ou a entrada de moléculas presentes no sangue.

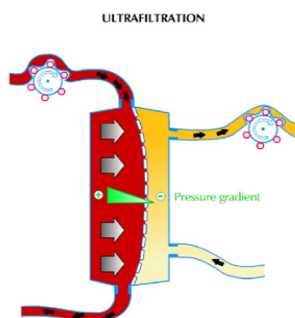
De acordo com a modalidade de diálise escolhida, ela obedece a princípios fisiológicos e físico-químicos que empregam processos de difusão, ultrafiltração, osmose, convecção e adsorção. Assim importa definir alguns conceitos, que estão inerentes à SLEDD:

Difusão, é um processo pelo qual duas soluções de distinta concentração chegam a misturar-se uniformemente do lugar de mais concentração ao de menor concentração.



O *Gradiente de concentração*, é a diferença de concentração entre dois pontos, dividida pela distância entre esses dois pontos. Os solutos difundem-se de acordo com o seu gradiente de concentração (da maior concentração para a menor) até ser atingida uma situação de equilíbrio.

Ultrafiltração, é a passagem de água através de uma membrana obrigada por uma diferença de pressões entre ambos os lados de uma membrana, pressões essas, que podem ser positivas ou negativas. Ao contrário da difusão a filtração depende da diferença de pressão entre ambos os lados da membrana. As pressões osmóticas e hidrostáticas condicionam a ultrafiltração. Esta quando conseguida por pressões mecânicas (pressão hidrostática) é muito mais eficaz que a produzida por pressões osmóticas e mais favorável a eliminação da água.



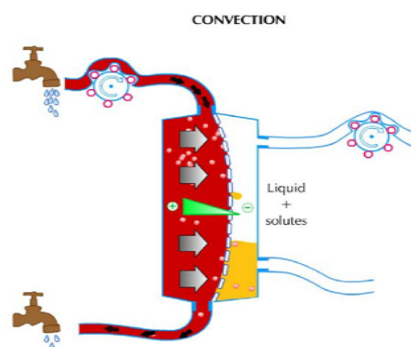
A *Pressão hidrostática*, é a força que o líquido de diálise exerce sobre as paredes do dialisador.

Osmose, é um mecanismo de difusão da água (solvente) através de uma membrana semipermeável, à semelhança da membrana celular. A selectividade desta membrana permite a difusão da água, mas não difusão de todo o tipo de solutos dissolvidos em água. A água difunde-se a partir de uma solução proporcionalmente com mais água, através da membrana, para uma solução proporcionalmente com menos água. Visto que as concentrações dos solutos são expressas em termos de concentrações de soluto e não em termos de conteúdo de água, esta difunde-se da solução menos concentrada (menos solutos, mais água) para a solução mais concentrada (mais solutos, menos água).

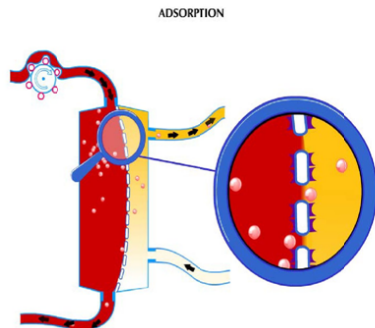
A *Pressão osmótica*, é a diferença de pressão que se estabelece entre duas soluções de distinta concentração que se colocam em contacto através de uma membrana semipermeável. Isto é, é a força necessária para evitar o movimento da água por osmose, através de uma membrana selectivamente permeável. Termos que definem a pressão osmótica das soluções:

- **Isosmóticas:** são soluções com igual concentração de partículas de solutos que têm a mesma pressão osmótica.
- **Hiperosmótica:** Solução que tem uma concentração de soluto maior de que a outra (quando comparada com a solução mais diluída).
- **Hiposmótica:** solução mais diluída, com pressão osmótica mais baixa, (comparada com a solução mais concentrada).

Convecção, é a passagem de solutos através de uma membrana permeável aos mesmos, arrastados por um fluxo de água (transporte convectivo). Para que este fenómeno seja possível não é necessária a presença de água ou outro líquido no outro lado da membrana.



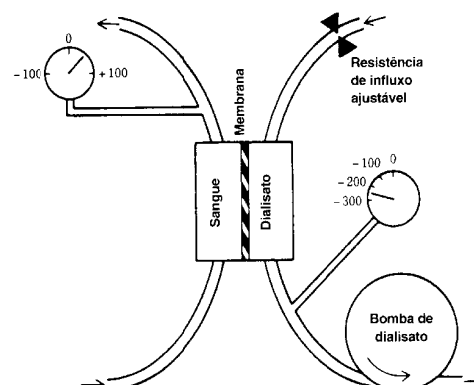
Adsorção, é um fenómeno físico na qual a substancia adsorvente exerce uma atracção entre as suas moléculas e as do liquido que as rodeia, ficando retidas na sua superfície.



Resistência, é a força que se opõe ao movimento das partículas (sólidas e líquidas). São de três tipos:

- Da membrana a passagem da solução de diálise
- Do filtro a passagem do sangue
- Do líquido de diálise

Pressão Transmembranária (TMP): No interior do filtro, existe uma membrana que separa os compartimentos de sangue e do líquido de diálise. Durante o tratamento, no compartimento de sangue existe uma pressão positiva causada pelo sangue ao circular pelo dialisador. No compartimento do líquido de diálise podemos aplicar a pressão que nos interessa, para que somada a pressão anterior do sangue nos dê a pressão transmembranar desejada. Então PTM é igual a soma das pressões positivas do sangue e a pressão negativa do líquido de diálise. Ex: para +50mmHg na saída do sangue, - (-250mmHg na saída da solução de diálise) nós temos um PTM em torno de 300mmHg.



3. CONCLUSÃO

Tendo em conta a minha experiência profissional, e estudos consultados a nível nacional e internacional, conclui-se que a SLEDD, constitui uma alternativa válida relativamente às técnicas contínuas de substituição da função renal em Cuidados Intensivos, no tratamento da IRA em doentes com instabilidade hemodinâmica, inclusive quando submetidos a tratamento com aminos.

É uma técnica simples, segura e cómoda, pois permite utilizar monitores de diálise convencional, faculta uma baixa taxa de ultrafiltração com manutenção da estabilidade hemodinâmica, concede uma remoção de solutos de baixa eficiência, minimizando desequilíbrios dos mesmos, o tratamento é prolongado, optimizando a dose de diálise fornecida, o tratamento é intermitente, possibilitando a deslocação do doente para realização de exames diagnósticos e actos terapêuticos, sempre que necessário, requer menor utilização de anticoagulação e consequentemente menor risco de desenvolver coagulopatias, mais económicas que as técnicas contínuas, estima-se que na ordem dos 10%, nas 24 horas (CARAMELO, 2005) e requer menor sobrecarga de trabalho para os enfermeiros.

Por todas as vantagens acima referidas, penso que é uma técnica que no futuro, cada vez mais será uma realidade nas UCI's, no entanto será necessário realizar estudos multicêntricos e randomizados para responder a questões sensíveis nesta área, entre as quais a superioridade da SLEDD face às TDC.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ ALMEIDA, F. – **A Gestão de Recursos Humanos**. In: Vida Económica. Introdução à Gestão de Organizações. Companhia Editora do Minho, VI, 263-326, 2004.
- ✓ AMENDOEIRA, J. – **Enfermagem, Disciplina do Conhecimento**. Revista Sinais Vitais. (67). Coimbra, p. 19-27, 2006.
- ✓ BENNER, P. – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
- ✓ CAMELO, NJS, FERNÁNDEZ, JD – **Experiencia sobre sledd en cuidados Intensivos**, Rev Soc Esp Enferm Nefrol, 8 (2), Abr- Jun, Madrid, p. 103/107, 2005.
- ✓ CARVALHO C, et al. – **SLED (Sustained Low-Efficiency Dialysis) em Cuidados Intensivos: uma avaliação médica**, rev Port Med Int, 16 (2), 2009.
- ✓ CASTRO, CMCSP – **Percepção dos enfermeiros sobre os contributos do curso de complemento de formação em enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem**, dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa, 154p., 2007.
- ✓ DAUGIRDAS, J. et al. – **Manual de Diálise**, 3ª Ed. Rio de Janeiro. MEDSI, p. 157-183, 2003.
- ✓ DIAS, J. – **Formadores: Que Desempenho?** Lusociência. Loures, 2004.
- ✓ GOMES, V; MARTINS, F; PINTO, C – **SLED (Sustained Low-Efficiency Dialysis) -uma reflexão da prática de enfermagem em cuidados intensivos**, rev Port Med Int, 16 (2), 2009.
- ✓ KIELSTEIN JT, et al – **Efficacy and cardiovascular tolerability of extended dialysis in critically ill patients: a randomized controlled study**. Am J Kidney Dis, 43: 342-349, 2004.
- ✓ KUMAR VA, et al – **Extended daily dialysis: a new approach to renal replacement for acute renal failure in the Intensive Care Unit**. Am J Kidney Dis, 36, 294-300, 2000.
- ✓ KUMAR VA, et al – **Extended daily dialysis vs. continuous hemodialysis for ICU patients with acute renal failure: a two-year single center report**. Int J Artif Organs, 27: 371-379, 2004.
- ✓ MARCELINO P. et al, – **Técnicas dialíticas híbridas ou hemodiafiltração para doentes hemodinamicamente instáveis em cuidados intensivos**, Acta Med Port; 19: 275-280, Lisboa, 2006.
- ✓ MARSHALL MR, et al – **Sustained low-efficient daily diafiltration (SLEDD) for critically ill patients requiring renal replacement therapy: towards an adequate therapy**. Nephrol Dial Transplant, 19: 877-884, 2004.

- ✓ METHA RL, et al – **A randomized clinical trial of continuous versus intermittent dialysis for acute renal failure.** Kidney Int, 60:1154-1163, 2001.
- ✓ NUNES; L.– **Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998).** Lusociência. Loures, 2003.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Modelo de desenvolvimento profissional, Siece, Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista, 2º caderno temático,** Lisboa, 2009.
- ✓ TONELLI M, et al– **Acute renal failure in the Intensive Care Unit: a systematic review of the impact of dialytic modality on mortality and renal recovery.** Am J Kidney Dis; 40:875-885, 2002.
- ✓ VAN BIESEN W, LAMEIRE N – **SLEDD and hybrid renal replacement therapies for acute renal failure in the ICU.** Vincent JL. Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine. Verlag, 663-675, 2003.

B) Plano da sessão

PLANO DE SESSÃO

FORMADORES: Almerinda Soares	GRUPO DESTINATÁRIO: Enfermeiros da UCICT
TEMA: SLEDD uma realidade na UCI	LOCAL: Sala de Convívio da UCICT
TEMPO: 30 minutos	DATA E HORA: 16 de Novembro de 2010, às 15 horas

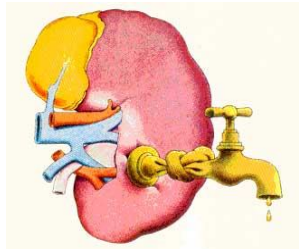
OBJECTIVOS:

- Rever definições e conceitos para melhor compreensão da técnica;
- Sensibilizar para a importância da coordenação eficaz entre as equipas (Nefrologia/ UCICT);
- Sensibilizar os Enfermeiros para a resolução dos alarmes mais frequentes.

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA/ MEIOS AUXILIARES
INTRODUÇÃO	5'	Apresentação da formadora e do tema	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Expositivo / Participativo ➤ Com o auxílio do Datashow/ computador
DESENVOLVIMENTO	20'	Definição, indicações e vantagens da técnica Princípios físicos inerentes à técnica Recursos necessários à implementação da técnica Acessos vasculares, complicações e cuidados de enfermagem Alarmes mais frequentes e sua resolução	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Expositivo/ Participativo ➤ Com o auxílio do Datashow/ computador
CONCLUSÃO	5'	Reflexão/ Discussão sobre o tema da sessão	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participativo

C) Diapositivos da Formação

SLEDD UMA REALIDADE NA UCI



1

SUMÁRIO

- Importância da Formação
- Definição e características da Sledd
- Modalidades Dialíticas mais utilizadas nas UCI's
- Indicações e vantagens da Sledd
- Princípios Físicos inerentes à técnica
- Recursos materiais e humanos necessários
- Acessos Vasculares
- Alarmes mais frequentes
- Evidência
- Bibliografia

2

OBJECTIVOS

- Rever definições e conceitos para melhor compreensão da técnica;
- Sensibilizar para a importância da coordenação eficaz entre as equipas (Nefrologia/ UCICT);
- Sensibilizar os Enfermeiros para a resolução dos alarmes mais frequentes

3

INTRODUÇÃO

- O método dialítico mais adequado para os doentes hemodinamicamente instáveis, é ainda bastante controverso.
- Recentemente foram descritas as técnicas dialíticas intermitentes adaptadas, que oferecem mais valias relativamente às técnicas dialíticas contínuas, pela sua eficácia, baixo custo, pouca complexidade técnica e boa tolerância pelo doente crítico.
- A SLEDD, combina as vantagens das técnicas contínuas de substituição da função renal com as da hemodíalise intermitente e tem vindo a ser utilizada de forma crescente nas Unidades de Cuidados Intensivos.

4

FORMAÇÃO

COMPETÊNCIAS DO ENFº ESPECIALISTA

"(...)Actua como formador oportuno em contexto de trabalho(...)"

(OE,2009:20)

5

MODALIDADES DIALÍTICAS MAIS UTILIZADAS NAS UCI'S

- ❖ Técnica Intermitente – TI (HD)
- ❖ Técnica Híbrida – TH (SLEDD)
- ❖ Técnicas Contínuas – TC (HFVVC)

6

SLEDD (*slow low efficient daily dialysis*)- diálise diária lenta de baixa eficácia


- Técnica híbrida que combina vantagens da TI e TC
- Utiliza a mesma técnica que TI
- 6 – 12H diárias
- Taxa de fluxo sanguíneo: 150-200 ml/min
- Taxa de fluxo dialisante: 100-300 ml/min
- Maior tolerância hemodinâmica

HISTÓRIA...

➤ Diálise prolongada (11h30min) empregue pela primeira vez em 1945. WJ Kolff - descreveu uma forma de técnica de substituição renal que só recentemente foi aceite como tratamento para doentes com IRA internados em UCI's - diálise prolongada com Qbi e Qd baixos.

➤ Estas técnicas foram iniciadas em Julho de 1998 na Universidade do Arkansas (University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock, AR) utilizando um monitor de diálise convencional Fresenius 2008H em tratamentos dialíticos nocturnos com 12 horas de duração.

INDICAÇÕES

- ❑ Insuficiência Renal Aguda, Crónica agudizada ou Crónica
 - ❑ Sepsis /Choque séptico
 - ❑ ICC / POC
 - ❑ SDRA
 - ❑ Intoxicações
 - ❑ Falência hepática
 - ❑ Outras
- 

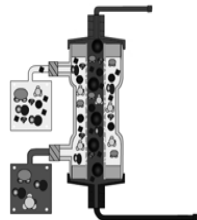


VANTAGENS

- ⇒Técnicamente simples, seguro e cómodo;
- ⇒Baixa taxa de ultrafiltração com manutenção da estabilidade hemodinâmica;
- ⇒Remoção de solutos de baixa eficiência, minimizando desequilíbrios de solutos;
- ⇒Tratamento prolongado, otimizando a dose de diálise fornecida;
- ⇒Tratamento intermitente, possibilitando a deslocação do doente para realização de exames diagnósticos e actos terapêuticos, sempre que necessário.
- ⇒Menor utilização de Anticoagulação.
- ⇒Menos dispendiosa que as técnicas contínuas.

PRINCÍPIOS FÍSICOS

- ❖ Difusão
- ❖ Ultrafiltração
- ❖ Convecção
- ❖ Adsorção



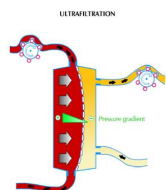
DIFUSÃO

- ❖ Processo pelo qual duas soluções de distinta concentração chegam a misturar-se uniformemente do lugar de maior para o de menor concentração.



ULTRAFILTRAÇÃO

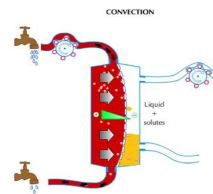
- ❖ Passagem de água através de uma membrana, obrigada por uma diferença de pressões entre ambos os lados da membrana.
- ❖ Pressões positivas ou negativas.



13

CONVECÇÃO

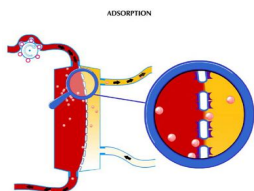
- ❖ É a passagem de solutos através de uma membrana permeável aos mesmos, arrastados por um fluxo de água (transporte convectivo).



14

ADSORÇÃO

- ❖ Fenômeno físico na qual a substância adsorvente exerce uma atracção entre as suas moléculas e as do líquido que as rodeia, ficando retidas na sua superfície.



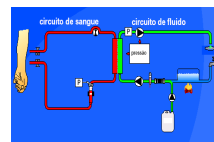
15

Pressão Osmótica

- ❑ Diferença de pressão que se estabelece entre duas soluções de distinta concentração em contacto com uma membrana selectivamente permeável

Pressão Hidrostática

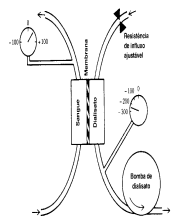
- ❑ Força que o líquido de diálise exerce o sobre as paredes do dialisador



16

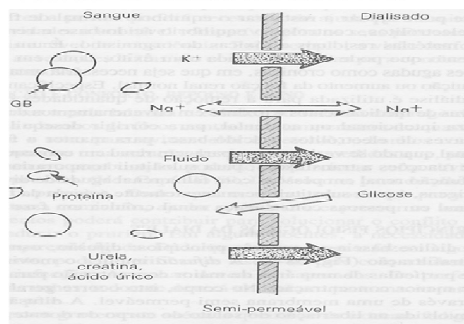
Pressão Transmembranária - PTM

- ❑ Membrana que separa dois compartimentos
- ❑ Sangue >>>>> Pressão Positiva
- ❑ Dialisante >>>> Pressão ajustável (neg.)
- ❑ $PTM = P \text{ Sang.} - P \text{ Dial.}$



17

DIÁLISE- MOVIMENTO DE PARTÍCULAS



18

RECURSOS MATERIAIS

- Monitor de HD, com módulo de osmose inversa
- Linhas de CEC
- Dialisador (Filtro)
- Dialisante
- SF
- Anticoagulação (Heparina, excepto se contra-indicado)
- 2 seringas de 5cc + 2 seringas de 10cc
- Material para penso



19

RECURSOS HUMANOS

ENF NEFRO

- ✓ Aprovisiona todo o material necessário
- ✓ Inicia o tratamento
- ✓ Finaliza o tratamento
- ✓ Dá apoio a intercorrências 24h

ENF UCIC

- ✓ Monitoriza o tratamento
- ✓ Efectua lavagens do CEC
- ✓ Dá resposta aos alarmes de rotina
- ✓ Efectua registos relacionados com a técnica

20

ACESSOS VASCULARES

1. Fistula arteriovenosa – FAV
2. Prótese arteriovenosa – PTFE
3. Cateter venoso central – CVC

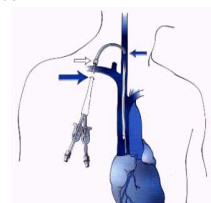
Provisório -IRA

Definitivo – **tunelizado**

21

CATETER VENOSO CENTRAL – CVC

- ☒ Dispositivo de material sintético
- ☒ Duplo Lúmen
- ☒ Colocado num grande vaso
 - ☐ Jugular interna
 - ☐ Femoral
 - ☐ Subclávia



22

COMPLICAÇÕES COM OS CVC

1. **INFECÇÃO** → **SEPTICÉMIA**
2. **TROMBOSE**
3. **ESTENOSE**
4. **EMBOLIA GASOSA**

23

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM OS CVC

1. Técnica asséptica
2. Uso de máscara facial
3. Despistar sinais e sintomas de infecção
4. Utilizar soluções compatíveis com dispositivo e de acordo com o fabricante
5. Injectar 10cc de SF em cada ramo do CVC após tratamento
6. Heparinizar ramos do CVC
7. Efectuar penso oclusivo.

24

ALARMES MAIS FREQUENTES

Mensagem	Causa	Resolução
-TMP (pressão transmembrana) muito baixa -TMP fora dos limites de alarme	-derramamento de banho -diferente viscosidade do sangue devido às infusões -transdutor da pressão venosa obstruído com soro/sangue	-colocar correctamente os conectores do banho -redução da taxa de líquido de reposição -desobstrução do transdutor venoso com seringa pré-cheia com ar

25

ALARMES MAIS FREQUENTES

Mensagem	Causa	Resolução
-TMP (pressão transmembrana) muito alta -TMP fora dos limites de alarme	-relação entre taxa UF e velocidade bomba muito elevada -transdutor da pressão venosa obstruído -hemofiltro coagulado -ampola venosa coagulada	-diminuir UF ou aumentar velocidade de bomba -desobstruir transdutor de pressão venosa com seringa pré-cheia de ar -se CEC coagulado tentar reinfundir o sangue e trocar CEC

26

ALARMES MAIS FREQUENTES

Mensagem	Causa	Resolução
-Pressão venosa muito alta (fora dos limites de alarme)	-coagulação da ampola venosa -obstrução do acesso vascular -CVC dobrado -hematoma na punção de entrada de sangue para o doente	-trocar ampola venosa -lavagem do ramo venoso com SF -substituição do CVC -nova punção

27

ALARMES MAIS FREQUENTES

Mensagem	Causa	Resolução
-Pressão venosa muito baixa (fora dos limites de alarme)	-desconexão da linha venosa do acesso vascular -transdutor obstruído com soro/sangue	-parar bomba de sangue e conectar novamente linha venosa ao acesso vascular; reiniciar velocidade de bomba de sangue -desobstruir transdutor com seringa pré-cheia de ar

28

ALARMES MAIS FREQUENTES

Mensagem	Causa	Resolução
-Pressão arterial muito negativa (<200mmHg)	-ramo arterial obstruído -CVC dobrado -Linha arterial dobrada -hipotensão arterial -Agulha arterial exteriorizada	-lavar ramo arterial com SF -manter linha arterial na posição correcta -se TA mais baixa repor volume -punccionar novamente

29

EVIDÊNCIA

MEHTA et al. (2001), realizou um estudo multicêntrico que envolveu 166 doentes e não encontrou diferenças com significado estatístico entre os doentes tratados com TDH e TDC no que respeita à mortalidade e recuperação da função renal.

ATN Study (2003), estudo multicêntrico, prospectivo, randomizado e paralelo, efectuado pela "Acute Renal Failure Trial Network" que compara uma estratégia intensiva vs estratégia convencional de TSFR para o tratamento da IRA causada por NTA em doentes críticos - sem diferença significativa entre os grupos.

KUMAR et al. (2004), num estudo prospectivo e randomizado com um braço constituído por doentes sujeitos a TDC e outro por doentes sujeitos a TDH; confirmou boa tolerância hemodinâmica à TDH e uma utilização significativamente menor de anticoagulante (Heparina).

30



31

BIBLIOGRAFIA

- CARVALHO C, et al. – SLED (Sustained Low-Efficiency Dialysis) em Cuidados Intensivos: uma avaliação médica, rev Port Med Int, 16 (2), 2009.
- DAUGIRDAS, J et al. – Manual de Diálise, 3ª Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 157-183, 2003.
- KUMAR VA, et al. – Extended daily dialysis vs. continuous hemodialysis for ICU patients with acute renal failure: a two-year single center report. Int J Artif Organs; 27, p.371-379, 2004.
- MARSHALL MR, et al. – Urea kinetics during sustained low-efficiency dialysis in critically ill patients requiring renal replacement therapy. Am J Kidney Dis; 39, p.556-570, 2002.
- METHA RL, et al. – A randomized clinical trial of continuous versus intermittent dialysis for acute renal failure. Kidney Int, 60, p.1154-1163, 2001.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Modelo de desenvolvimento profissional, Síntese, Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista, 2º caderno temático, Lisboa, 2009.
- VANHOLDER R, et al. – What Is the Renal Replacement Method of First Choice for Intensive Care Patients? JASN; 12, p.40-43, 2001.

32

ANEXO V

Acção de Formação “ Emergências Associadas ao Insuficiente renal no Pré- Hospitalar ”

A) Plano da sessão

B) Diapositivos da Formação

PLANO DE SESSÃO

<p>FORMADORES: Aires Moutinho; Almerinda Soares; Cristina Neves.</p> <p>TEMA: Emergências associadas ao Insuficiente Renal no Pré-Hospitalar.</p> <p>TEMPO: 45 minutos.</p>	<p>GRUPO DESTINATÁRIO: Equipa do INEM</p> <p>LOCAL: Sala de reuniões.</p> <p>DATA E HORA: 26 de Janeiro de 2011, às 10 horas.</p>
---	---

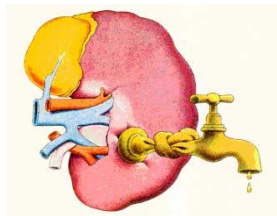
OBJECTIVOS:

- ❖ Tecer algumas considerações sobre Insuficiência Renal
- ❖ Conhecer a actuação perante a vítima com Distúrbios Hidro-electrolíticos
- ❖ Reconhecer a actuação perante a vítima em Edema Agudo do Pulmão
- ❖ Especificar procedimentos perante a vítima com Hipotensão
- ❖ Conhecer as particularidades da vítima com acesso vascular para Hemodiálise
- ❖ Analisar o procedimento perante o Insuficiente renal Crónico em Choque Séptico

FASES	TEMPO	CONTEÚDOS	METODOLOGIA/ MEIOS AUXILIARES
INTRODUÇÃO	5'	Apresentação dos formadores, do tema e objectivos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Expositivo / Participativo ➤ Com o auxílio do Datashow/ computador
DESENVOLVIMENTO	20'	<p>Desequilíbrios hidroelectrolítico</p> <p>Edema Agudo do Pulmão</p> <p>Hipotensão</p> <p>Acessos Vasculares</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Expositivo/ Participativo ➤ Com o auxílio do Datashow/ computador
CONCLUSÃO	15'	Reflexão/ Discussão sobre o tema da sessão	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participativo

B) Diapositivos da Formação

EMERGÊNCIAS ASSOCIADAS AO INSUFICIENTE RENAL NO PRÉ HOSPITALAR



SUMÁRIO

- Introdução
- Função Renal/ Insuficiência Renal
- Emergências Nefrológicas
 - ✓ Distúrbios hidroelectrolítico
 - ✓ Edema Agudo do Pulmão
 - ✓ Hipotensão
- Particularidades dos Acessos Vasculares para Hemodiálise
- Choque Séptico no Insuficiente Renal Crónico
- Bibliografia

2

INTRODUÇÃO

❖ COMPETÊNCIAS DO ENFº ESPECIALISTA

"(...)Actua como formador oportuno em contexto de trabalho(...)"

(OE,2009:20)

3

❖ OBJECTIVOS DA FORMAÇÃO

- Tecer algumas considerações sobre Insuficiência Renal
- Conhecer a actuação perante a vítima com Distúrbios Hidroelectrolíticos
- Reconhecer actuação perante a vítima em Edema Agudo do Pulmão
- Especificar procedimentos perante a vítima com Hipotensão
- Conhecer as particularidades da vítima com acesso vascular para Hemodiálise
- Analisar o procedimento perante o Insuficiente Renal Crónico em choque séptico

4

FUNÇÃO RENAL

○ Funções Homeostáticas

- 1- Regulação do volume plasmático e do equilíbrio hidroelectrolítico;
- 2 - Regulação da osmolaridade sanguínea;
- 3 - Manutenção do equilíbrio electrolítico;
- 4 - Regulação do equilíbrio ácido-base;
- 5 - Excreção de metabolitos e de substâncias exógenas

○ Funções Bioquímicas

- 1- Produção de hormonas (renina, eritropoietina, calcitriol);
- 2 - Produção de substâncias bioactivas;
- 3 - Síntese de glicose, angiotensinogénio e amónia;
- 4 - Metabolismo de algumas substâncias.

5

INSUFICIÊNCIA RENAL

Insuficiência Renal Crónica (IRC)

- Resulta da destruição progressiva e irreversível do parénquima renal.
- É o resultado comum da evolução de variadíssimas doenças que afectam o rim de forma irreversível: glomerulonefrite, pielonefrite crónica, hipertensão, nefropatia diabética.

6

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (IRC)

Estádios de deterioração da função renal:

- Diminuição da reserva funcional: sem tradução sintomática ou alteração dos níveis séricos de ureia ou creatinina.
- Insuficiência renal: retenção azotada, ligeira diminuição da capacidade de concentração urinária, ligeira anemia
- Insuficiência renal avançada: retenção azotada, isostenúria, acidose metabólica, hiperfosfatemia, hipocalcemia, anemia sintomática e noctúria, SÍNDROME UREMICO

7

❖ CONSEQUÊNCIAS DA IRC

- Alterações na excreção de água e electrólitos
- Alterações da função endócrina
- Acumulação de metabolitos tóxicos



8

Insuficiência Renal Aguda (IRA)

É caracterizada por uma deterioração rápida da função renal, associada ou não à oligúria (diurese inferior a 400 ml/dia).

Causas

- ✓ Pré-renais: alterações da perfusão renal quer por hipovolémia quer por insuficiência circulatória (choque, insuficiência cardíaca).
- ✓ Pós-renais: obstrução do fluxo urinário
- ✓ Renais: lesão glomerular, intersticial, tubular ou vascular.

➔ Necrose Tubular Aguda (NTA) contribui para cerca de 75% dos casos de IR

9

DISTÚRBIOS HIDROELECTROLÍTICOS

- Célula → unidade funcional do corpo
- Rim → regulador principal

É necessário:

- Ambiente estável
- Aporte equilibrado de nutrientes
- Remoção de resíduos
- Adequada regulação dos fluidos

10

COMPOSIÇÃO DOS FLUIDOS CORPORAIS

Água

- ✓ > constituinte do corpo
- ✓ 50% a 60% do peso no adulto

Solutos

- ✓ Electrólitos
 - cationes e aniões
- ✓ Não electrólitos
 - Glicose
 - Ureia

11

ESPAÇOS DOS FLUIDOS

- ❖ Fluido intracelular – FIC
- ❖ Fluido extracelular – FEC

- Fluido intersticial – FIS – É o fluido que preenche o espaço entre as células.
- Fluido intravascular – FIV
- Fluido transcelular – FTC – É o fluido que está contido em cavidades especiais (pleura, intraocular).

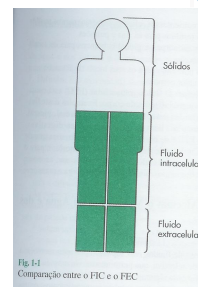


Fig. 1-1
Comparação entre o FIC e o FEC

12

DISTÚRBIOS HIDROELECTROLÍTICOS

A- Défice de volume de fluidos (Hipovolémia)

B- Excesso de volume de fluidos (Hipervolémia)

C- Alterações de:

□ **Potássio (K)**

□ Sódio

□ Cálcio

□ Magnésio

13

A- DÉFICE DE VOLUME DE FLUIDOS (HIPOVOLÉMIA)

Depleção de volume do FEC

Choque hipovolémico

Hipertermia

Queimaduras

14

INTERVENÇÕES

⇒ Reposição de fluidos **IV**

- ✓ Soluções cristalóides – dextrose em água
- ✓ Solução isotónica
- ✓ Solução salina com electrólitos
- ✓ Soluções colóides – sangue

⇒ Reposição de fluidos **oral**

⇒ Monitorizar Sinais Vitais

⇒ Monitorizar perdas

⇒ Posicionar doente com pernas elevadas a 45°

⇒ Tratamento da causa subjacente

15

SINAIS E SINTOMAS

- os Vertigens
- os Fraqueza
- os Fadiga
- os Sincope
- os Anorexia
- os Náuseas
- os Vômitos
- os Sede
- os Confusão
- os Obstipação
- os Oligúria
- os **Hipotensão**



16

HIPOTENSÃO

➢ Frequentemente associada ao pós tratamento dialítico

➢ Requer :

- Posição de trendlenburg
- Fluidoterapia
- Monitorização dos sinais vitais

Atenção- Nos dtes IRC/T/ Diabéticos, esta recuperação é mais lenta.

Pode ser acompanhada de convulsões.....

17

B- EXCESSO DE FLUIDOS (HIPERVOLÉMIA)

□ Expansão do FEC

Acontece quando:

- # Estimulos crónicos aos rins para conservar água e sódio
- # Função renal anormal ↘ excreção de Na⁺ e H₂O
- # Administração excessiva de líquidos
- # Trocas de fluidos do intestino para o plasma

18

INTERVENÇÕES

- Objectivo tratar problema precipitante
 - Normalizar o FEC
1. Restrição de sódio e água
 2. Diuréticos
 3. Terapêutica de substituição renal

19

SINAIS E SINTOMAS

- Dificuldade respiratória
- Sibilos
- Roncos
- Taquipneia
- Edema
- Ascite
- Pele húmida
- Turgescência jugular
- **Edema Agudo do Pulmão (EAP)**

20

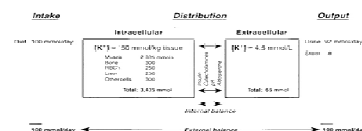
EDEMA AGUDO DO PULMÃO

- Complicação da hipervolemia
- Requer :
 - Monitorização do padrão respiratório - *Oxímetro*
 - Posição em semi-Fowler/ Fowler
 - Oxigenoterapia
 - Fármacos (Diuréticos, Aminofilina.....)
 - Hemodialise

21

C- ALTERAÇÕES DE POTÁSSIO

- O potássio é o principal cátion intracelular.
- Valores normais entre 3,5-5,5 mEq/L
- Existem dois mecanismos de controlo da homeostasia do potássio:
 - Controlo interno: distribuição do potássio entre compartimento intra e extracelular rápido
 - Controlo externo: excreção do potássio rim e intestino - lento

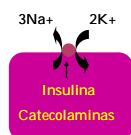


22

METABOLISMO DO POTÁSSIO

❖ Controlo interno

- **Insulina**
- **Catecolaminas**
- Exercício
- Necrose ou lesão tecidual
- Crescimento celular acelerado
- Hipertonicidade
- Fármacos/ Toxinas
- Alterações ácido-base

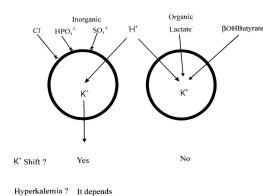


23

METABOLISMO DO POTÁSSIO

❖ Controlo interno

A acidose metabólica causada por aniões inorgânicos gera hipercalcemia, ao contrário da acidose metabólica causada por iões orgânicos

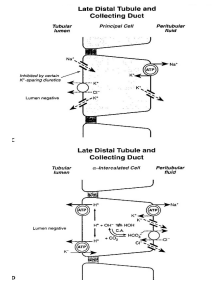


24

METABOLISMO DO POTÁSSIO

❖ Controlo externo

A quantidade de K excretada depende principalmente do que se passa nas células principais e intercalares dos tubulos distais e ductos colectores



25

HIPOCALEMIA- SINTOMAS

❑ Musculares

- Músculo cardíaco
 - Arritmias
- Músculo esquelético
 - Falta de força, rabdomiólise, mialgias, cãibras
- Músculo liso
 - Alterações intestinais

❑ Renais

- Incapacidade de concentração
- Doença intersticial medular

❑ Neurológicos

- Sede, parestesias

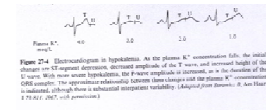
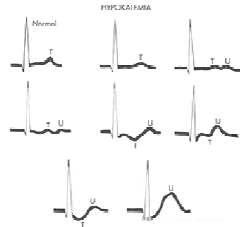
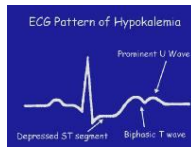


Figure 20-4 Electrocardiogram in hypokalemia. As the plasma K⁺ concentration falls, the initial U wave, which is a normal finding, the T wave amplitude is increased, as is the amplitude of the QRS complex. The appearance of a prominent U wave is a reliable indicator of hypokalemia (Adapted from Braunholtz, H. and Heath, D. 1974, 1987, with permission).

26

ECG NA HIPOCALEMIA



27

HIPOCALEMIA- ETIOLOGIA

As principais etiologias são:

- Vómitos
- Diarreia
- Utilização de diuréticos

Etiology of hypokalemia	
Decreased intake	
A	Decreased dietary intake or K ⁺ -free intravenous fluids
B	Clay ingestion
C	Increased dietary intake, leading to transient
A	Elevation in extracellular pH
B	Increased availability of insulin
C	Elevated respiratory activity, stress, administration of β ₂ -adrenergic agonists
D	Periodic paralysis-hypokalemic form
E	Treatment of myopathologic anomalies with
F	with CaCl ₂
G	Pseudohypokalemia
H	Hypothermia
I	Chloroquine intoxication
J	Increased gastrointestinal losses
K	Increased urinary losses
L	Loop and thiazide-type diuretics
M	Mineralocorticoid excess
N	Liddle's syndrome
O	Barter's or Gitelman's syndrome
P	Increased flow to the distal nephron
Q	Loop and thiazide-type diuretics
R	Salt wasting nephropathies
S	Sodium channelopathy
T	Normal fluid balance
U	Vomiting and nasogastric suction
V	Metabolic acidosis
W	Penicillin derivatives
X	Amphotericin B
Y	Hypomagnesemia
Z	Polymyoma
AA	L-dopa
AB	Increased sweat losses
AC	Diaphoresis
AD	Potassium depletion without hypokalemia

28

HIPOCALEMIA- DIAGNÓSTICO

➤ Deve ser efectuada:

- História clínica (vómitos, diarreia, etc)
- História medicamentosa
- Exame físico
- Electrólitos e osmolalidade sérica e urinária
- Gasimetria
- ECG

29

HIPOCALEMIA- TRATAMENTO

✓ Cloreto de potássio oral ou endovenoso

- Quando administrado em via ev preferir solução salina a glicosada
- Não administrar a mais que 10-20 mEq/h
- Não administrar mais que 20-40 mEq/L em veia periférica e 60 em veia central

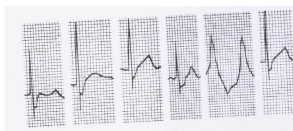
Indications for initiating K ⁺ therapy during hypokalemia	
Absolute indications	
Digitalis therapy	
Therapy for diabetic ketoacidosis	
Presence of symptoms	
Severe hypokalemia (<2.0 mEq/L)	
Strong indications	
Myocardial disease	
Anticipated hepatic encephalopathy	
Anticipated increase in another factor that causes a shift of K ⁺ into ICF (e.g. β ₂ -adrenergics)	
Modest indications	
Development of glucose intolerance	
Mild hyperkalemia (K ⁺ closer to 3.5 mEq/L)	
Need for better antihypertensive control	

30

HIPERCALEMIA- SINTOMAS

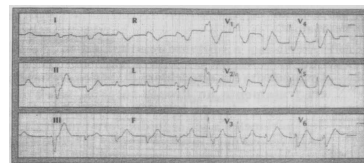
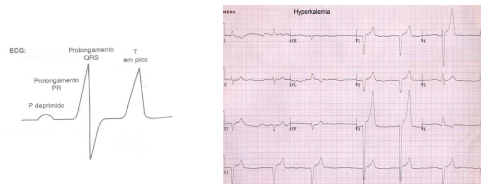
o Musculares

- Músculo cardíaco
 - Arritmias
- Músculo esquelético
 - Falta de força, paralisia



31

ECG NA HIPERCALEMIA



32

HIPERCALEMIA- ETIOLOGIAS

As causas mais frequentes são:

- Insuficiência renal
- Associada a medicamentos (IECAs, ARAs, espironolactona, AINEs, Bloq Beta)
- Hipoaldosteronismo hiporreninêmico
- Pseudo-hipercalcemia

Etiology of hyperkalemia	
Increased intake	
Oral	
Intravenous	
Movement from cells into extracellular fluid	
Pseudohyperkalemia	
Metabolic acidosis	
Insulin deficiency and hyperosmolality in uncontrolled diabetes mellitus, also acute hyperosmolality due to hypernatremia or the administration of hypertonic mannitol	
Tissue catabolism	
B-adrenergic blockade	
Severe exercise	
Digitalis overdose	
Periodic paralysis- hyperkalemic form	
Cardiac surgery	
Succinylcholine	
Arginine	
Decreased urinary excretion	
Renal failure	
Effective circulating volume depletion	
Hypoaldosteronism	
Type 1 renal tubular acidosis- hyperkalemic form	
Selective potassium secretory defect	

33

HIPERCALEMIA- DIAGNÓSTICO

Deve ser efectuada:

- História clínica (história de insuficiência renal, etc)
- História medicamentosa
- Exame físico
- Função renal
- Gasimetria
- ECG

34

HIPERCALEMIA- DIAGNÓSTICO

Deve ser efectuada:

- História clínica (história de insuficiência renal, etc)
- História medicamentosa
- Exame físico
- Função renal
- Gasimetria
- ECG

35

HIPERCALEMIA- TRATAMENTO

Estabilizador da membrana

- Gluconato de cálcio a 10%- 10 mL em 2-3 min

Redistribuição intracelular

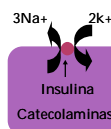
- Bólus de 10-20 U de insulina com 50 mL de glicose a 50% seguida de glicose a 5% a 100 mL/h
- Salbutamol neb com 1amp em 3cc de SF

Remoção de potássio do organismo

- Furosemda
- Resina permutadora de cationes 15-30g 4/4h ou 6/6h associada a laxante
- Hemodíalise

-Bicarbonato de sódio - se acidose metabólica?

36



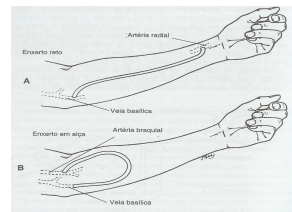
ACESSOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISE

- Fistula arteriovenosa – FAV
- Prótese arteriovenosa – PTFE
- Cateter venoso central – CVC
 - Provisório
 - Definitivo – tunelizado

37

FISTULA ARTERIOVENOSA (FAV)

Anastomose entre uma artéria e uma veia



38

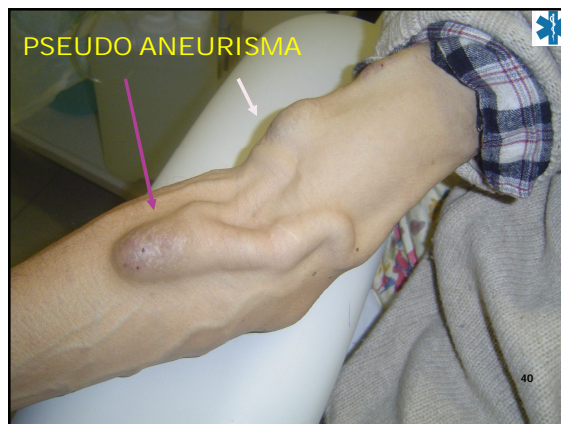
COMPLICAÇÕES DOS ACESSOS AV

- @ Pseudo-aneurisma
 - Dilatação venosa
 - Hemostase inadequada
 - Pressão venosa elevada, proximal e/ou distal
- @ Rupturas Traumáticas
 - Acidentes laborais,
 - Acidentes de viação,
 - Por objectos corto-perfurantes
- @ Pseudo-aneurisma micótico
 - Ruptura



39

PSEUDO ANEURISMA



40

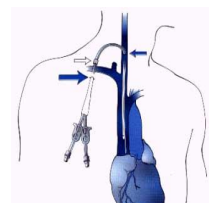
INTERVENÇÕES

- Garrote
- Compressão directa
- Acesso vascular/**Intra ósseo**
 - Osteodistrofia
 - Osteomalácia
- Fluidoterapia

41

CATETER VENOSO CENTRAL – CVC

- Dispositivo de material sintético
- Duplo Lúmen
- Colocado num grande vaso
 - ✓ Jugular interna
 - ✓ Femoral
 - ✓ Subclávia

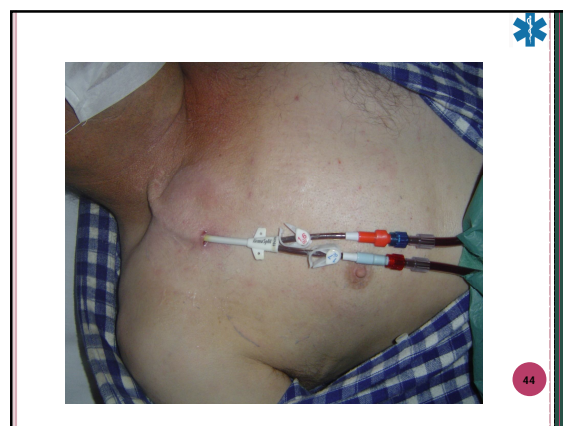


42

✚

Complicações com os CVC	Intervenções
<ul style="list-style-type: none"> ○ Fractura ○ Exteriorização ○ Tromboembolismo 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Clampagem ○ Compressão ○ Trendlenburg, decúbito lateral esquerdo, oxigenoterapia, fármacos

43



✚

ATENÇÃO

Estes acessos podem ser utilizados

- **FAV** Não puncionar na anastomose
- **CVC** Retirar heparina dos lúmens

45

✚

CHOQUE SÉPTICO ASSOCIADO AO IRC

- Urosépsis
- Associados:
 - ✓ Dispositivos intravasculares
 - ✓ FAV
 - ✓ Catéter de Tenckoff (Díálise Peritoneal)

46



✚

BIBLIOGRAFIA

■ COTTER G, et al. – Pulmonary edema, new insights on pathogenesis and treatment, Curr Opin Cardiol, 9:139-143,2002.

■ CUPPARI, L et al IN: Schor, N (editor). Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: **Nutrição clínica no adulto**. 2. ed. São Paulo: Manole, p. 189-220, 2005.

■ DAUGIRDAS, J et al. – **Manual de Diálise**, 3ª Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 157-183,2003.

■ FERREIRA V, ANDRADE D. – **Cateter para hemodiálise: retrato de uma realidade**, Medicina (Ribeirão Preto), 40 (4):582-88, out./dez. 2007.

■ MAHONEY BA, et al. – **Emergency interventions for hyperkalemia**. Cochrane Database Syst Rev 2:CD003235,2005.

■ ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Modelo de desenvolvimento profissional, Siece, Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista**, 2º caderno temático, Lisboa, 2009.

■ RIELLA, MC. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólitos**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

■ SILVA M.A, et al. – **Complicações das fistulas arteriovenosas na nefrova**, X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2005.

48